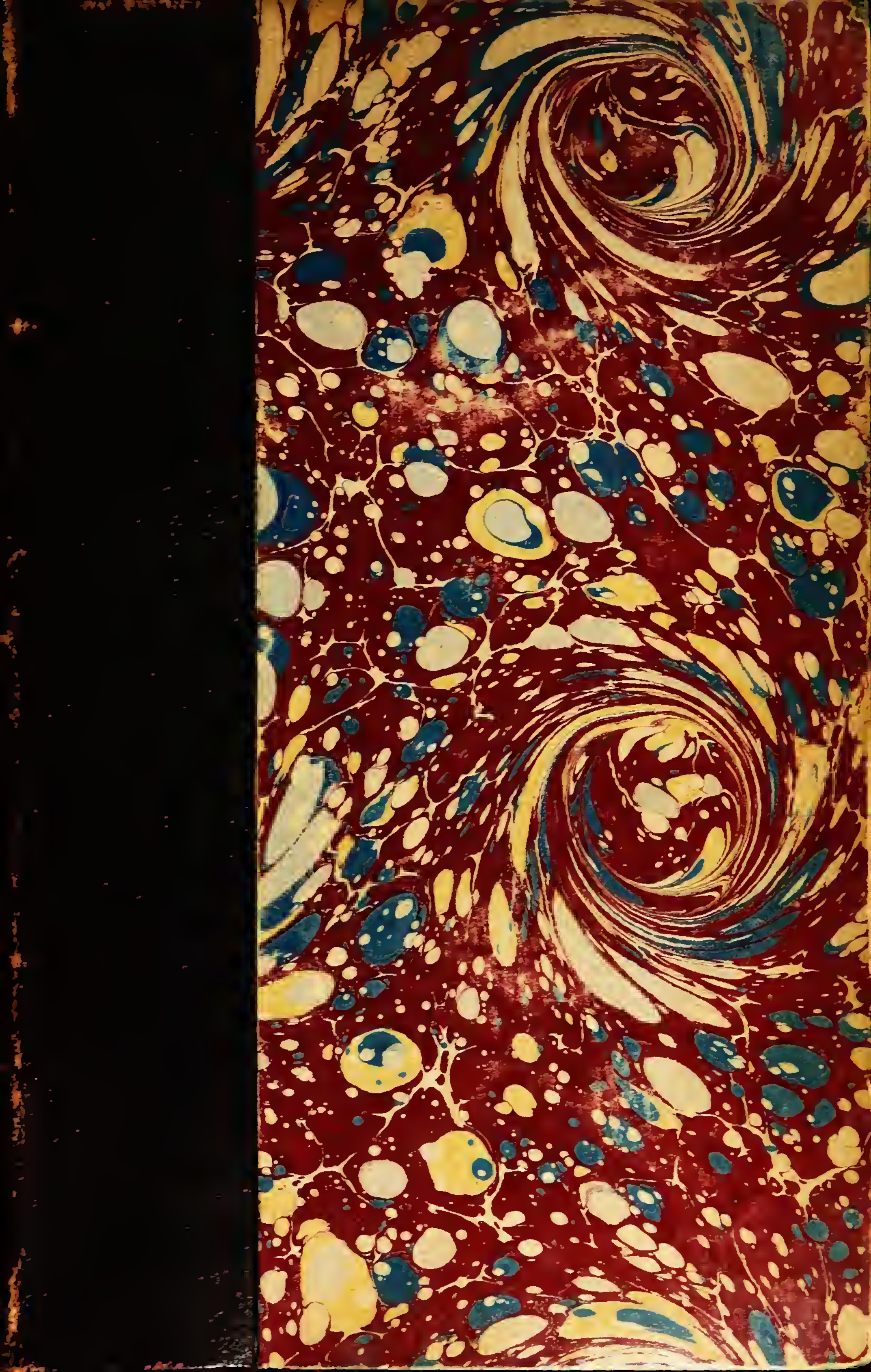
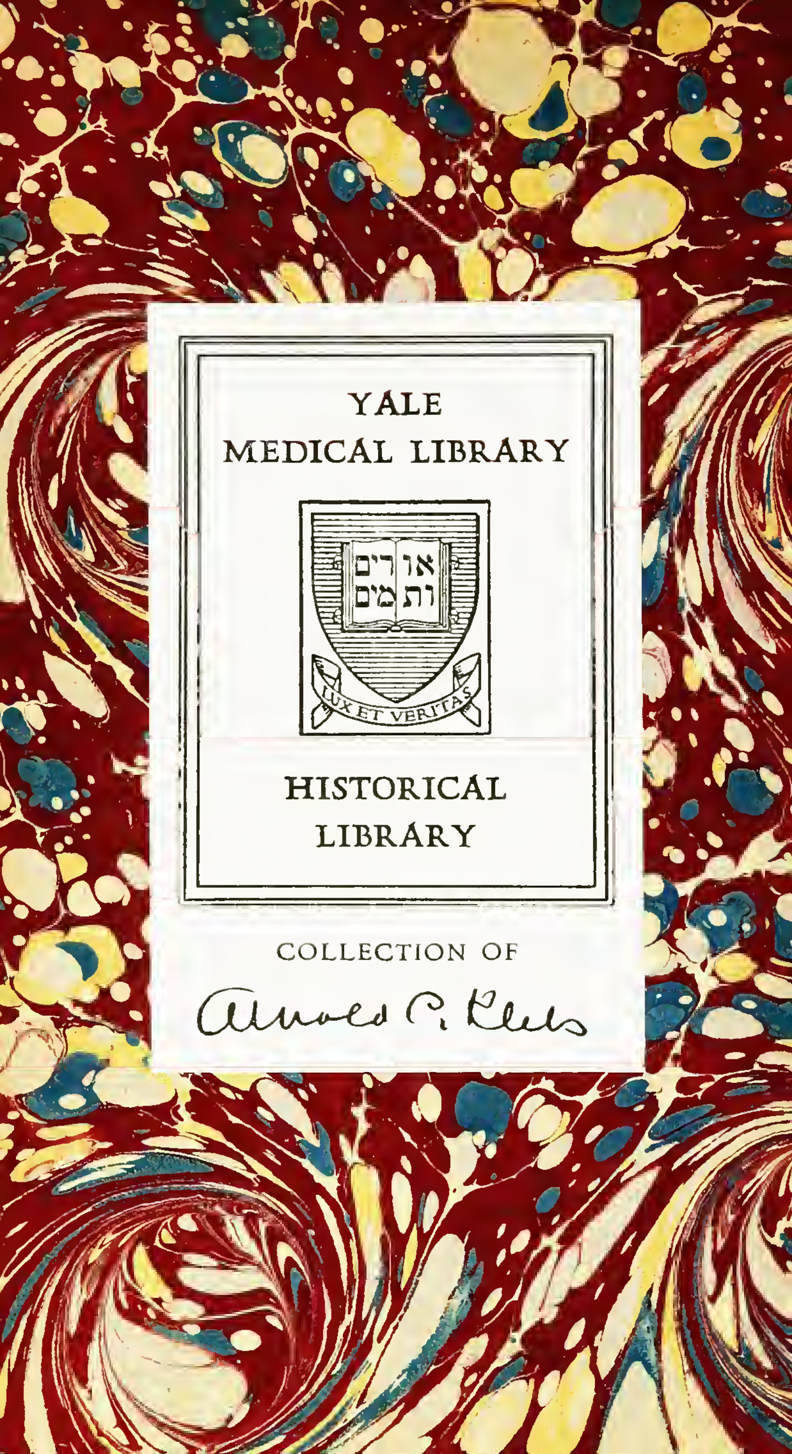
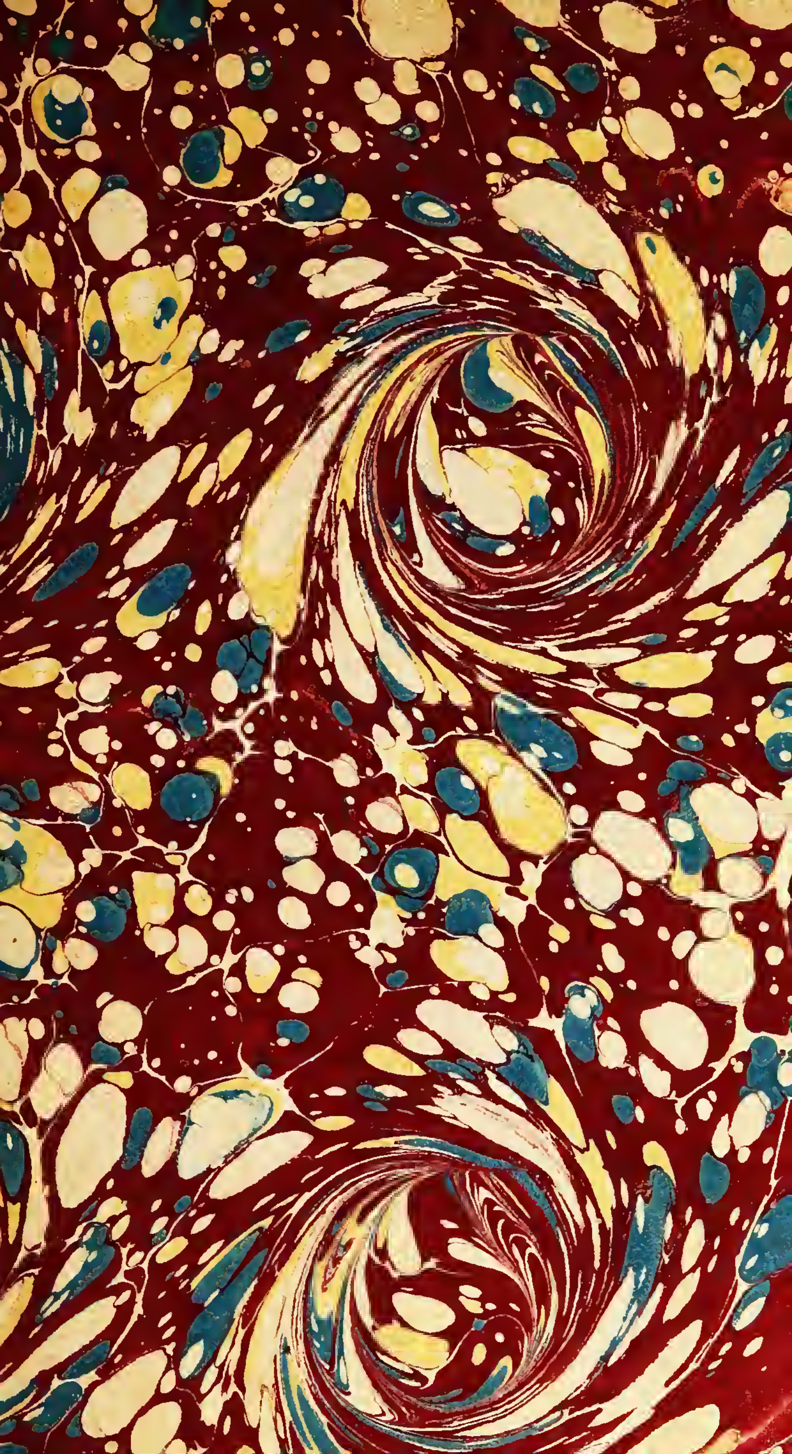




YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים
ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY
COLLECTION OF
Arnold C. Klebs



LES FORMES CLINIQUES

DE LA

PHTISIE PULMONAIRE

PAR

Le **Dr A.-F. PLICQUE**
Chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière

MÉMOIRE COURONNÉ PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(PRIX BÉHIER, 1894)



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—

1896

LES FORMES CLINIQUES

DE LA

PHTISIE PULMONAIRE

Comprise dans son sens le plus large, l'étude des formes de la phtisie pulmonaire embrasserait l'étude de la phtisie tout entière. Il n'est pas un détail d'étiologie, d'anatomie pathologique, de séméiologie, de diagnostie, de pronostie, de traitement même, qui ne pourrait et ne devrait peut-être logiquement y trouver sa placee. Une étude aussi étendue — la deseription de la forme pleurétique ou celle de la forme fibreuse exigerait à elle seule un volume — ne laisserait à l'esprit qu'une impression vague. Pour que eelle-ei soit nette, ponr qu'elle fasse bien saisir les différenees profondes qui séparent les eas de phtisie les uns des autres, il faut foreément proeéder à grands traits. C'est done volontaire-

ment que ce travail restera très court et souvent très incomplet.

Une première division en deux groupes, les formes chroniques et les formes aigues, s'impose tout d'abord.

L'usage le plus ordinaire est de commencer par la description des formes aiguës. Ce sont elles en effet qui réalisent le type de l'infection tuberculeuse. Mais, au point de vue de la prédominance des lésions pulmonaires dans la symptomatologie, au point de vue de l'analyse de la réaction de l'organisme moins brutalement attaqué du premier coup, il a paru préférable de commencer ce travail par l'étude des formes chroniques. Celles-ci seront étudiées dans un premier chapitre à la période de début, dans un deuxième chapitre à la période d'état. Le troisième chapitre résumera (un peu brièvement peut-être pour quelques-unes d'entre elles) les formes de phtisie aiguë. C'est que certaines de ces formes appartiennent à peine à l'histoire de la phtisie pulmonaire. Béhier[1], uniciste convaincu pourtant, qui, dès 1868, proclamait à l'Académie « que la granulation, l'infiltration

---

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 14 janvier 1868, et *Gaz. hebdom. des Sociétés médicales*, 1868, p. 52.

grise et l'état caséeux sont des âges différents de la maladie tuberculeuse et voilà tout », a bien établi cette distinction clinique. « Ceux qui succombent, disait-il dans cette mémorable séance, à ce que l'on a appelé la phtisie granuleuse, ne meurent pas à proprement parler de phtisie ; mais qu'on y regarde bien, ils succombent à des affections intercurrentes, à des bronchites capillaires surtout, et ils présentent même souvent la forme typhoide relevée chez les enfants qui meurent de cette même bronchite capillaire sans tubercules... Le seul phtisique véritable est celui qui, arrivé à la mort graisseuse des parties pulmonaires affectées, succombe à la nécrobiose de cet organe et à toutes ses conséquences. »

L'histoire de la granulie, de la typhobacillose, etc., indispensable pour bien comprendre la filiation des accidents morbides, pouvait donc être légitimement écourtée.

Le quatrième chapitre, un peu artificiel peut-être, est consacré à ce qu'on pourrait appeler les formes individuelles de la phtisie pulmonaire, phtisies héréditaires, innées ou accidentelles, phtisies des riches et phtisies des pauvres, variétés suivant l'âge et suivant les associations morbides. Ce chapitre assez contestable

a l'avantage de rapprocher certains faits épars dans les chapitres précédents. Et, s'il parait émietter à l'infini l'histoire des formes de la phtisie pulmonaire, il a pour lui cette excuse clinique, qu'après tout, chaque malade a sa forme à lui.

I. Les formes de début de la phtisie pulmonaire.

Si l'on recherche chez un assez grand nombre de phtisiques les premiers symptômes de début. les accidents qui ont, pour le malade, marqué la survenue de sa maladie, les résultats obtenus seront des plus variables. Chez la plupart, c'est la toux persistante, s'accompagnant d'un peu de fièvre et d'une fatigue générale, qui a tout d'abord éveillé l'attention (forme commune). Chez d'autres, le début plus brusque, moins insidieux, s'est fait par une pleurésie. D'autres, sans presque tousser, ont été pris soit de fièvre, soit de troubles gastriques, soit de diarrhée, soit d'accidents rappelant la chlorose, soit simplement d'amaigrissement progressif. Ce sont les formes fébriles, dyspeptiques, diarrhéiques, chloro-anémiques, dénutritives, for-

mes qui, lorsque la toux et les hémoptysies font complètement défaut, méritent de plus le nom de latentes ou d'insidieuses. Chez d'autres, il y a eu dès le début une toux spéciale : toux catarrhale avec expectoration précoce, toux nerveuse, toux coqueluchoïde. Parfois c'est la dyspnée qui, plus que la toux, a préoccupé d'abord, et cette dyspnée a même pu simuler des accès d'asthme (formes catarrhale, nerveuse, coqueluchoïde, dyspnéique). Chez d'autres, enfin, ce sont les crachements de sang qui ont apparu ou qui ont prédominé tout d'abord (formes hémoptoïques). On voit donc combien les modes de début, envisagés seulement au point de vue de l'accident initial prépondérant, peuvent être variés.

Ils sont bien plus variés encore si l'on tient compte, comme on doit le faire en clinique, de l'association de divers accidents. Tel phtisique hémoptoïque a de la fièvre, et tel autre en a peu ou pas, telle malade chloro-anémique a conservé son appétit et surtout digère bien, telle autre se nourrit à peine. Et, dans ces deux exemples, ce n'est pas l'accident éclatant, l'hémoptysie, la chlorose, c'est l'accident secondaire en apparence, la fièvre, la dyspepsie, qui domine le pronostic.

Il y a donc en réalité autant de formes de début qu'il y a de malades. Toute classification reste forcément artificielle, mais elle est nécessaire pour schématiser et condenser les descriptions.

Forme commune. — La forme commune se présente avec un ensemble de symptômes qui ne laissent guère place à l'hésitation. La toux souvent peu fréquente est tenace, un peu sèche, pénible, plus persistante que celle d'un rhume ordinaire. Les hémoptysies ordinairement peu abondantes sont, dès qu'elles existent, singulièrement significatives. Les troubles dyspeptiques font à des degrés divers rarement défaut. La fièvre, avec ses types variables qui seront étudiés plus loin, suffirait à elle seule à indiquer l'infection générale. L'amaigrissement est d'emblée marqué. Andral disait qu'à lui seul l'aspect du malade suffisait dès le début au diagnostic. Fournet[1] insiste « sur l'expression de travail ou de souffrance organique propre au début de la phtisie, sur ce facies pâle, comme souffreteux, à traits affaissés, à regards languissants,

1. Fournet. — « Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de phtisie pulmonaire ». Paris, 1839, p. 685.

à mouvements lents et timides, à réflexion inquiète ». Et souvent, par contraste avec l'optimisme des dernières périodes, le tuberculeux au début se déclare lui-même malade, profondément touché.

Forme pleurétique. — La forme à début pleurétique, début bien connu depuis les travaux de Landouzy, Grancher, Netter, H. Martin, est assez fréquente pour qu'elle doive être décrite aussitôt après la forme commune. La plupart des pleurésies doivent être justement suspectes. Les pleurésies sèches du sommet, avec épanchement très peu abondant; les pleurésies à épanchement plus notable mais développé lentement, insidieusement, sans cause, sans douleurs; les pleurésies qui, avec un épanchement assez considérable, ne s'accompagnent que d'une gêne respiratoire à peine marquée, doivent, quel que soit le terrain, être particulièrement soupçonnées. Dans la pleurésie tuberculeuse l'épanchement est souvent particulièrement tenace, se reproduisant malgré des ponctions successives. Le liquide séreux finit parfois, mais assez rarement, par se transformer en liquide purulent. Parfois aussi, et plus fréquemment, le liquide est purulent d'emblée ou surtout

hémorrhagique. Dans les pleurésies sèches et dans celles qui finissent par se résorber, la tendance à la plasticité, à la formation d'adhérences, est souvent extrêmement remarquable.

Dans les formes suspectes avec épanchement, Grancher a indiqué des signes stéthoscopiques qui peuvent changer les soupçons en presque certitude. Si le schéma fourni par l'examen du creux sous-claviculaire est le suivant : son + tympanique, vibrations +, respiration — c'est-à-dire faible, ou faible et rude, ou rude, ces signes sont l'indice d'une congestion du sommet qui ne saurait guère être que tuberculeuse. La certitude absolue sera parfois donnée par la recherche des bacilles dans le liquide de l'épanchement. Bien plus souvent elle ne pourra l'être que par l'inoculation, procédé qui a malheureusement l'inconvénient d'exiger un délai assez considérable. Si, dans certains cas, le développement de la phtisie consécutive à la pleurésie ne se fait que très lentement, et même après un long intervalle, le plus ordinairement ces progrès seront assez manifestes avant que l'inoculation ait donné des résultats. L'apparition des signes stéthoscopiques au sommet, des accidents généraux : amaigrissement, fièvre, troubles dyspeptiques rappelant ceux de la phtisie commune,

cesse de laisser place à l'espoir. L'évolution de ces phtisies à début pleurétique sera étudiée en même temps que les pleurésies secondaires au chapitre suivant. Peter pense qu'elles aboutissent assez souvent à la forme fébrile. Pourtant, dans les neuf observations de Netter [1], sauf une seule, la marche a été lente. L'état général en particulier restait excellent.

Forme insidieuse. — Chacun des éléments qui compose le tableau clinique de la phtisie commune peut prendre une importance prépondérante, détournant à son profit toute l'attention. La fièvre, les troubles dyspeptiques et diarrhéiques, l'amaigrissement, une pâleur chloro-anémique, la toux, les hémoptysies, peuvent prédominer, donnant ainsi une série de formes qui devront être étudiées tour à tour. C'est surtout quand les troubles généraux surviennent intenses, sans toux, sans hémoptysies, que ces formes sont importantes. Elles constituent alors les formes latentes ou mieux, suivant l'expression de Guéneau de Mussy, les formes insidieuses de la phtisie pulmonaire.

---

1. Netter. — « Diagnostic précoce d'une forme de tuberculose pulmonaire à début pleurétique ». *Th.* de Paris, 1883.

La toux peut-elle vraiment complètement manquer? « Un individu qui ne tousse pas n'est pas un phtisique, » aimait à répéter Lasègue. De fait, quand on questionne à fond et surtout quand on surveille de près ces malades, qui affirment imperturbablement ne pas tousser, on apprend qu'ils toussent un peu le matin, qu'ils ont, sous l'influence d'une marche rapide, d'une émotion, une petite quinte. « Mais ce n'est pas de la toux, continuent-ils à affirmer, c'est de la toussaillerie d'irritation. »

Toux ou toussaillerie d'irritation, le symptôme est singulièrement suspect. Il n'en est pas moins vrai que par son peu d'intensité à côté des autres accidents, il est très facilement méconnu, et que le nom de formes latentes se trouve ainsi justifié.

Quelle est la fréquence des formes latentes? « Le plus grand nombre des phtisies sont latentes, au moins dans le principe, » a dit Laënnec [1]. Sans doute, à la période d'infection prétuberculeuse, à la période de germination, le poumon, où la localisation n'est pas encore faite, ne saurait réagir, et toutes les phtisies sont alors latentes.

---

1. Laennec. — « Traité de l'ausc. médiate ». Asselin, éd. Paris, 1869, p. 45.

En réalité, sur 123 observations. A Louis [1] n'en a trouvé que 8 où des accidents précurseurs se soient montrés, de six mois à deux ans avant la toux. Dans 4 de ces observations, les symptômes généraux avaient été très marqués. Ils l'étaient beaucoup moins et l'affection avait été complètement insidieuse dans les 4 autres. Mais, dans les 115 cas restants, la toux et souvent les hémoptysies avaient dès le début forcé l'attention.

Forme fébrile. — La fièvre, dans certaines formes latentes, est vraiment l'élément prédominant. Elle affecte des types variés. Tantôt le type est continu ; l'augmentation de la température est souvent insignifiante, dépassant à peine la normale d'un demi-degré ; le soir seulement il y a une exacerbation légère. Parfois l'hyperthermie est plus marquée, même dans le type continu. Tantôt le type est intermittent, faisant songer à l'impaludisme. Il faut un examen minutieux pour montrer que la périodicité des accès est irrégulière, qu'ils reviennent le soir plutôt que le matin, que la rate n'est pas grosse. Malgré tout, on ne peut se défendre d'essayer le sulfate de quinine. Le sulfate de quinine échoue. Assez

1. A. Louis. — « Recherches sur la phtisie ». Paris, 1845, pp. 492 et 522.

souvent le type est biquotidien; les accès surviennent à midi et le soir, comme l'a montré Jaccoud[3]

La fièvre peut donc affecter les modalités les plus diverses. Ce qui est rare, c'est de la voir manquer complètement. Il est peu de phtisies afébriles, au moins au début.

Dans la fièvre de la phtisie l'hyperthermie n'est pas tout. Assez souvent, avec une hyperthermie à peine marquée, existe un éréthisme extraordinaire du système nerveux et de tout le système vaso-moteur. Sans la moindre cause, la sensibilité s'exalte, le cœur s'accélère, le visage s'anime et rougit. Puis, la crise passée, le malade est surpris de rester abattu, las, d'une lassitude singulière. C'est le degré de cet éréthisme, plus encore peut-être que celui de l'hyperthermie, qui constitue vraiment l'intensité de la fièvre; et c'est cette intensité qui, en réalité, donne le pronostic et donne la forme de la phtisie. La fièvre chez les tuberculeux est un processus de consomption. Tant qu'elle existe la maladie progresse.

Forme dyspeptique. — Les troubles gas-

1. Jaccoud. — « Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire ». Paris, 1881, p. 59.

triques n'apparaissent en général qu'en même temps que la toux et les hémoptysies. Leur fréquence est extrême, et Marfan, sur 34 phtisiques, les a constatés 21 fois[1]. Il est plus rare qu'ils précèdent les accidents locaux d'origine pulmonaire. Ce qui est assez commun c'est que, par leur intensité, ils puissent d'une part faire croire à tort à une affection de l'estomac, d'autre part contribuer beaucoup à l'affaissement général.

Marfan a résumé ainsi les divers éléments symptomatiques qui constituent ce qu'il appelle le syndrome gastrique initial de la phtisie. L'appétit est affaibli, irrégulier, capricieux. Le malade se plaint d'une tension stomacale, parfois de douleurs violentes suivant l'ingestion des aliments. Il souffre de flatulence, d'éructations nidoreuses, fétides, souvent accompagnées d'un goût acide des plus nets. Parfois même il a des régurgitations acides et du pyrosis.

Le symptôme le plus spécial est la toux gastrique, la toux de Morton, survenant après l'ingestion des aliments, semblant causée par leur contact, plus fréquente après le repas du soir qu'après celui du matin, très souvent suivie de

---

1. Marfan. — « Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire ». *Thèse* de Paris, 1887.

vomissements. La toux est, comme dit Peter, émétisante. Ces vomissements surviennent, comme la toux, surtout après le repas du soir. Ils s'accompagnent de palpitations, très rarement, d'après Peter, de nausées et de défaillance. Sée insiste sur leur composition presque invariablement formée d'aliments non digérés. La langue, malgré ces troubles qui souvent entravent complètement l'alimentation, reste nette et humide. Tout au plus, trouve-t-on un peu d'inertie, une légère dilatation du côté de l'estomac.

Cet ensemble de symptômes, même si le malade n'a pas de fièvre, même s'il tousse à peine, même si les phénomènes stéthoscopiques restent douteux, doit suffire à inspirer les craintes les plus sérieuses. D'ailleurs l'affaissement géneral, l'amaigrissement rapide portant à la fois sur la graisse et sur les muscles, la perte des forces, suffisent en général à montrer qu'il y a là autre chose qu'une simple dyspepsie.

En général ces troubles dyspeptiques disparaissent et s'atténuent à mesure que l'affection pulmonaire se localise[1]. Mais si, par leur inten-

---

1. Vulpian. — « Clinique médicale de la Charité ». Paris, 1879, p. 384.

sité, ils arrivent souvent à donner un caractère spécial au début, leur persistance, à un degré même atténué, est peut-être, quand elle a lieu, plus importante encore. Elle s'oppose en effet à l'un des modes les plus importants, le plus important peut-être du traitement de la phtisie, la suralimentation. Au point de vue pratique, de même qu'on pourrait classer d'emblée tous les phtisiques en deux grands groupes, suivant qu'ils ont ou n'ont pas de fièvre, on pourrait faire une division analogue suivant que, les révoltes réflexes du début passées, ils ont un bon ou un mauvais estomac.

Formes diarrhéiques. — Les formes à début diarrhéique sont assez rares. Beaucoup de phtisiques, au début, ont au contraire une légère tendance à la constipation, constipation entrecoupée comme toujours par des débâcles diarrhéiques. La diarrhée, à moins d'une intensité spéciale, d'une résistance exceptionnelle au traitement, retentit moins sur l'état général que les troubles dyspeptiques. Par contre, cette tendance à la diarrhée, quand elle s'est manifestée dès le début, dure souvent pendant toute la maladie. « Quelques phtisies commençant par la diarrhée arrivent au terme fatal, sans avoir

jamais été accompagnées de toux et d'expectoration, » a même écrit Laënnec [1].

Forme chloro-anémique. — Chez les jeunes filles surtout, la phtisie à ses débuts prend parfois le masque trompeur d'une simple chlorose. Sans doute cette chlorose apparaît sans motif appréciable : le visage a plutôt une teinte terreuse qu'une décoloration jaune verdâtre; dès le début la malade se plaint de fatigue, de lassitudes douloureuses dans les membres : accidents qui, lorsqu'ils surviennent, ne s'observent que tardivement dans la chlorose. Sans doute les palpitations dans la chloro-anémie tuberculeuse sont rarement accompagnées d'un souffle bien caractérisé, plus rarement encore d'un souffle continu dans les vaisseaux du cou. Malgré toutes ces nuances différentielles bien notées par Sée, le diagnostic hésite [1]. Quoiqu'une chloro-anémie persistante doive toujours être suspecte, l'esprit penche malgré tout pour l'hypothèse la plus rassurante et la plus consolante, celle de chlorose. Même s'il survient de la fièvre, on peut encore se dire, à la rigueur,

---

1. Laennec. — *Loc. cit.*, p. 456.
2. Jaccoud. — « Clinique de la Pitié ». Paris, 1885, p. 399.

qu'il y a des chloroses fébriles. En réalité, les deux grands symptômes alarmants sout, d'une part, la dyspnée, d'autre part l'amaigrissement. Il n'y a plus guère à espérer, quand apparaissent cette dyspnée spéciale, cette respiration difficile, dès que la malade marche et surtout monte un peu. La petite toux sèche en général n'est pas loin. Il n'y a plus d'illusion à se faire quand l'amaigrissement survient. Les chlorotiques non tuberculeuses, suivant l'expression de Damaschino, sont de fausses maigres. Ces formes chloro-anémiques de la tuberculose sont si trompeuses, le traitement ferrugineux intempestif donne parfois de si mauvais résultats, au point de vue de l'éréthisme et des hémoptysies, qu'il faut mentionnér un dernier moyen de diagnostic. Le chiffre de l'hémoglobine qui, dans la chlorose vraie, tombe à 7 et 4 pour 100, ne s'abaisse pas au-dessous de 9 pour 100 dans la chloro-anémie tuberculeuse[1].

Forme dénutritive. — Dans toutes les formes qui précèdent, quand en même temps que la fièvre, que les troubles dyspeptiques, que la diarrhée, que la fausse chlorose, appa-

---

1. Jaccoud. — « Clinique de la Pitié ». 1887, p. 562.

raissaient les signes d'affaissement général, fatigue, amaigrissement, ces signes pouvaient ne pas trop étonner. Mais il est des cas, et non des moins fréquents, où ces signes existent seuls. Le malade perd ses forces, il maigrit par une véritable fonte du tissu musculaire, au moins autant que du tissu graisseux, et c'est là tout. A eux seuls ces troubles dénutritifs survenus sans cause apparente doivent être suspects.

Suspects aussi les troubles de la menstruation, irrégularité, diminution, puis suppression complète des règles, qui surviennent sans motif appréciable et sans chlorose. Cette dernière condition négative est importante. Dans le diagnostic si difficile entre la pseudo-chlorose tuberculeuse et la chlorose vraie l'aménorrhée précoce devait en effet faire pencher plutôt la balance en faveur de la chlorose vraie.

En opposition avec les formes précédentes où la toux peut faire défaut ou sembler faire défaut, on doit placer les formes, parfois elles aussi assez embarrassantes pour le diagnostic, où la toux prend d'emblée une importance prépondérante. Elle peut revêtir les caractères de la toux catarrhale, de la toux coqueluchoïde, de la toux dite nerveuse, de la toux avec dyspnée des asthmatiques.

Forme catarrhale. — Dans la forme de la phtisie à début catarrhal, la toux est d'emblée grasse, fréquente, accompagnée d'une expectoration muqueuse assez abondante. Parfois les crachats sont légèrement striés de sang. Parfois ils renferment quelques parcelles opaques. Ce n'est guère qu'en ce cas et dans ces parcelles que la recherche des bacilles peut être faite avec succès. Ils manquent dans l'expectoration muqueuse, même lorsqu'elle est assez abondante. A propos de ces formes catarrhales, on doit se demander s'il ne s'agit pas d'une tuberculose greffée sur un rhume ordinaire. Cette action d'un simple rhume, agissant sans doute par la dénudation épithéliale qu'il entraîne, n'est pas absolument rare (Debove). Quoi qu'il en soit, en dehors des signes généraux, les principaux signes qui permettront de distinguer la forme catarrhale de la phtisie du rhume simple seront, d'une part, la localisation des signes stéthoscopiques. C'est avec raison que Lasègue a recommandé de se défier des bronchites unilatérales, surtout quand les râles prédominent au sommet. De plus, à la percussion, il existe souvent une différence[1] sensible de son entre les deux som-

---

1. G. Sée. — « La phtisie bacillaire des poumons ». Paris, 1889, p. 266-267.

mets. Le côté malade présente une résonnance tympanique plus marquée que du côté sain. Enfin, l'emphysème qui ne se produit que tardivement dans la tuberculose, au moment où le ramollissement caséeux ne permet plus de songer à la bronchite simple, se rencontre presque toujours dans les bronchites un peu persistantes.

Forme coqueluchoïde. — La forme à début coqueluchoïde n'est parfois qu'une tuberculose greffée sur une coqueluche. Cette affection n'est pas absolument rare, même chez l'adulte; elle est plus facilement méconnue chez lui que chez l'enfant; elle semble, au moins autant que chez l'enfant, mériter le nom de vestibulum tabis que les anciens lui donnaient. Dans beaucoup d'autres cas, sans que cette explication puisse être invoquée, la toux est soit d'emblée, soit rapidement, sèche, spasmodique, douloureuse. Les quintes, plus fréquentes la nuit, déterminent de la gêne de la circulation, des sueurs. Elles s'accompagnent souvent de vomissements. Elles offrent des reprises comme dans la coqueluche, mais rarement une inspiration sifflante. Cette forme s'observe surtout dans l'enfance et dans l'adolescence. Peut-être faut-il l'attribuer à des

lésions des ganglions du médiastin. Comme principal signe différentiel, Damaschino[1] indique les altérations de la voix. En effet, soit le matin, soit dans la journée, soit surtout le soir, celle-ci, dans la tuberculose, devient plus aiguë ou voilée, ou parfois même absolument rauque.

Forme nerveuse. — Parfois aussi la toux ressemble à la toux nerveuse. Elle est sèche, spasmodique, brève, saccadée, irrésistible. Elle a un rythme monotone, un timbre particulier. L'accès se prolonge une ou deux minutes. Des nuances seules, accès moins régulièrement rythmés survenant moins régulièrement à la même heure, séparent cette toux de la toux hystérique. De plus, la pression du pneumogastrique et des ovaires ne provoque pas, comme chez les hystériques, les accès. Le diagnostic devra souvent rester sur une grande réserve. Si les hystériques présentent parfois une toux tenace, des hémoptysies et même des congestions pulmonaires localisées sans être tuberculeuses, parfois aussi leur toux prétendue nerveuse dépend d'une tuberculose bien réelle. Il importe d'autant plus de ne pas la méconnaître

1. Damaschino. — « Leçons sur la tuberculose ». Paris, 1891, p. 338.

que cette tuberculose des hystériques est, en général, une forme favorable au traitement et susceptible de guérison [1].

Forme dyspnéique. — A côté de la toux, souvent provoquée par elle, la dyspnée peut être au début l'accident prépondérant. L'importance de la dyspnée dans les pseudo-chloroses tuberculeuses a déjà été signalée. C'est en général à l'occasion de la marche sur un sol ascendant, d'un repas, qu'elle survient. Elle s'associe souvent à des douleurs thoraciques, névralgiques ou musculaires [2].

Une des formes les plus intéressantes est la dyspnée pseudo-asthmatique survenant le matin ou la nuit, souvent sous l'influence des variations de température, accompagnée même, comme l'asthme, de sibilance, d'exagération de la sonorité. Elle s'observe surtout chez les sujets éréthiques, femmes, enfants, fébricitants. La localisation aux sommets, la fièvre, l'amaigrissement, la persistance des accidents, sont les principaux éléments différentiels.

Forme hémoptoïque. — Les hémoptysies du

---

1. Damaschino. — *Loco citato*, p. 339.
2. G. Sée. — *Loco cit.*, p. 182 et 360.

début sont souvent bien abondantes et bien graves. Sauf dans quelques cas où se forment rapidement des cavernules à parois tapissées de dilatations anévrysmales et où les hémoptysies deviennent en quelque sorte subintrantes, les crachements de sang, cet accident si sérieux en apparence, dominent rarement le pronostic au début. Parfois même c'est dans les formes les plus hémoptoïques, chez des malades ayant craché le sang à pleine cuvette, que l'évolution des tubercules se trouve le plus rapidement enrayée[1]. La forme hémoptoïque du début aboutit assez fréquemment à la forme fibreuse. S'il n'existe pas, en effet, d'hémoptysies arthritiques, il est certain que les arthritiques devenus tuberculeux ont, en même temps qu'une tendance spéciale aux hémoptysies, une tendance, favorable celle-ci, à la transformation fibreuse de leur lésion. En réalité, ce qui domine le pronostic de l'hémoptysie au début, c'est moins son abondance, sa répétition, que le mouvement fébrile qu'elle est susceptible de susciter. Si la fièvre, quel que soit son type, survit et devient persistante, le pronostic est des plus graves.

Il faut aussi mentionner cette forme curieuse,

---

1. Jaccoud. — *Loco citato*, p. 57.

la forme hémoptoïque à étapes éloignées de Sée, où la première attaque hémorrhagique est séparée par un long intervalle de l'attaque bacillaire décisive. Après l'hémoptysie, après quelques jours d'inquiétude, la guérison semble complète. On doute même de l'origine tuberculeuse des hémorrhagies. Puis, des mois, des années même après l'hémoptysie, vingt-trois ans après chez un malade de Sée, trente-neuf ans chez un malade de Peter, la tuberculose se réveille, les accidents évoluent à nouveau.

Dans cette série d'esquisses rapides, les accidents prédominants du début ont été seuls retracés. Mais, pour que ce tableau clinique ne soit pas trop incomplet, il faut dire un mot des premiers symptômes stéthoscopiques, de la recherche des bacilles à cette période initiale. Ce bref résumé s'appliquera d'ailleurs aux diverses formes décrites.

Au point de vue stéthoscopique la triade classique, bronchophonie, submatité, craquements secs, donne des renseignements certains, mais beaucoup trop tardifs[1]. La première condition que doit remplir le traitement de la tuberculose pour avoir chance de succès, c'est d'être extrê-

1. G. Sée. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, décembre 1883.

mement précoce. Lorsqu'en même temps que tel ou tel des accidents suspects généraux ou locaux qui ont été signalés, on trouve quelqu'une de ces nuances d'auscultation étudiées par Grancher[1] : altérations de la douceur et du moelleux physiologique de la respiration normale, respiration un peu rude et grave, à l'inspiration, un peu prolongée, un peu saccadée à l'expiration ; quand ces modifications sont localisées aux sommets, et surtout à un seul sommet, le diagnostic peut encore conserver une faible réserve et une lueur d'espoir, mais à l'égard du traitement il n'y a plus à avoir d'hésitation.

Reste la recherche des bacilles. Leur présence a une valeur absolue. Elle tranchera souvent d'une manière immédiate des diagnostics hésitants. Par contre, leur absence, même dans une série d'examens répétés, ne doit pas inspirer une sécurité complète. Leur apparition, en effet, est fréquemment tardive. « Le plus souvent, écrit Grancher, les signes physiques et rationnels sont antérieurs à l'apparition des bacilles dans les crachats, et le médecin ne doit pas attendre la présence des bacilles pour instituer un diagnostic et une thérapeutique[1].

---

1. Grancher. — *Loco citato*, p. 168 et suivantes.

II. Les formes avérées de la phtisie pulmonaire chronique.

La phtisie est maintenant avérée ; c'est la *phtisis confirmata* des anciens auteurs. Tout d'abord, on doit remarquer avec Portal [1] que les dissemblances entre les différentes formes sont moins tranchées qu'à la période du début. A mesure que la maladie progresse, il semble que, sur bien des points, ses traits cliniques se soient confondus. Cependant, les caractéristiques initiales peuvent persister; mais ce sont surtout l'évolution, la distribution des lésions locales, qui conduisent à créer un certain nombre de types bien distincts.

Formes initiales persistantes. — Chez quelques malades, du commencement jusqu'à la fin, on retrouve la persistance de la fièvre, de la diarrhée, de la dyspnée ; il est plus rare que les hémoptysies n'offrent pas une période de rémission entre le début et le moment des cavernes.

---

1. A. Portal. — « Obs. sur la phtisie pulmonaire ». Paris, 1809, vol. II, p. 111.

Il est très rare qu'on n'observe pas, pour la dyspepsie, à moins qu'elle ne soit entretenue par l'irritation médicamenteuse, une rémission analogue. Il est plus exceptionnel enfin de voir la chloro-anémie garder jusqu'au bout sa première importance, de voir la toux conserver les caractères nerveux coqueluchoïdes qui ont été décrits. Les formes initiales les plus souvent persistantes sont donc les formes fébrile, diarrhéique, dyspnéique.

Marche des lésions locales. — Plus importante est la marche des lésions locales. Walsh[1], se fondant sur cette marche, a décrit les formes progressive, rémittente, intermittente, régressive, latente de la phtisie. En effet, l'évolution du foyer tuberculeux primitif est singulièrement variable. A mesure qu'il passe de la période de crudité à la période de cavernes, il peut s'entourer sans cesse de foyers nouveaux plus récents. La maladie est alors sans cesse en progression. Cette progression continue et sans arrêt est rare dans les formes chroniques : la forme rémittente procédant par poussées est plus fréquente. Plus fréquente encore est la forme intermittente, où

1. Walsh. — « Mal. du poumon ». Trad. de Fonssagrives. Paris, 1880, p. 557.

les poussées sont séparées par des intervalles d'amélioration. Comme l'a écrit Lebert[1] « la disposition à la marche alternante, à un mieux souvent inattendu, appartient en propre à l'histoire naturelle de la phtisie ». Assez souvent même (et ces formes sont aujourd'hui mieux connues qu'autrefois), on assiste non à une simple intermittence dans l'évolution des lésions, mais à une régression vraie des lésions existantes, sans formation de lésions nouvelles. On sait maintenant[2] que, loin d'être, comme le soutenait Virchow, une néoplasie misérable non susceptible d'organisation, le tubercule est un néoplasme fibro-caséeux, portant en soi, dès l'origine, et quelle que soit sa forme analomique, le germe d'une évolution soit fibreuse soit caséeuse. La sclérose qui constitue le mode le plus commun de la guérison du tubercule n'est pas un fait d'exception, mais un mode naturel, une suite régulière de sa constitution histologique. On est aussi mieux fixé sur l'importance relative de la caverne, cette lésion qui, dans les descriptions anciennes, apparaît comme le dernier mot de la phtisie. « Pour chaque foyer tuberculeux considéré isolément,

1. H. Lebert. — « Traité clin. et prat. de la phtisie pulm. ». Paris, 1879, p. 152.
2. Grancher. — *Loc. cit.*, p. 224.

écrit Jaccoud[1], la caverne est bien la lésion finale au point de vue chronologique ; elle n'est point la lésion finale au point de vue de la maladie, au point de vue de la gravité. » Une caverne isolée, enserrée par du tissu fibreux qui met autour d'elle sa barrière protectrice, peut être un processus de guérison. » On pourrait dire avec Peter[2], si cette distinction bien subtile n'avait été trop souvent répétée, que certains tuberculeux à caverne bien limitée ne sont pas des phtisiques.

La forme latente de Walsh est la plus discutable. Elle embrasse, en effet, deux ordres de cas absolument dissemblables : 1° certains cas torpides où, malgré la progression des lésions très réelle à l'examen stéthoscopique, il n'y a que peu, ou même point de réaction locale et générale : phtisie de certains diabétiques, de quelques scrofuleux ; 2° certains cas où la régression des lésions a fait son œuvre curatrice, où il persiste bien les signes stéthoscopiques, indices de la caverne cicatrisée, du tubercule enserré dans le tissu fibreux, mais où ces lésions, devenues inoffensives, n'éveillent plus de réaction. Il est facile de voir

1. Jaccoud. — *Loc. cit.*, p. 27.
2. Peter. — « Cliniques ». T. II. Paris, 1879, p. 7.

qu'un examen complet du malade doit faire rentrer les premiers cas dans la forme progressive, les deuxièmes dans la forme régressive. Malgré les réveils qui sont toujours à craindre, parfois après de longues années, dans ces foyers mal éteints, il est difficile, même en ce cas, de parler de forme latente. On trouvera d'ailleurs, à la fin de ce chapitre, à propos des terminaisons de la phtisie pulmonaire, des détails plus complets sur les phtisies régressives, sur les phtisies guéries.

La distribution des lésions, les complications locales : bronchite, congestion pulmonaire, adénopathie, pleurésie, sclérose, qui les accompagnent, n'ont pas l'importance de l'évolution. Elles suffisent pourtant à constituer un certain nombre de formes intéressantes pour le pronostic et surtout pour le diagnoctic. Quant à la gangrène, lésion assez rare, quant au pneumothorax, il suffira de les mentionner. Ce sont en effet des complications et non des formes de la phtisie pulmonaire.

Distribution des lésions. — Les lésions peuvent être soit unilatérales, soit bilatérales. Cette distinction, qui peut paraître assez singulière au point de vue nosologique, mérite d'être rele-

vée au point de vue pratique. Une phtisie qui devient de bonne heure bilatérale et surtout dont les lésions progressent à peu près parallèlement dans les deux sommets est toujours une forme grave. Sans doute elle « débute insidieusement et dure longtemps, on y voit habituellement peu d'hémoptysies et, sauf le pneumothorax, on n'y observe guère ces grands éclats symptomatiques qui, dans d'autres formes, viennent souvent mettre la vie du malade en danger immédiat. C'est le type de la tuberculose héréditaire ou mieux encore de la tuberculose nécessaire, de cette tuberculose qui est l'aboutissant normal de la scrofule grave et qui croît d'une façon naturelle sur des terrains depuis longtemps préparés à la recevoir[1] ».

Les lésions, au lieu d'occuper le sommet, peuvent prédominer et même se localiser exclusivement à la base. Cette forme, avant la découverte des bacilles, était particulièrement embarrassante pour le diagnostic.

Les cavernes de la base du poumon ne s'observent que dans deux formes de tuberculose bien spéciales : les phtisies d'origine professionnelle et les phtisies d'origine pleurétique. Les

---

1. GRANCHER. — *Loco citato*, p. 235.

pleurésies constituent une cause plus fréquente que les pneumoconioses. En effet, les lésions commencent au niveau du lobe inférieur, point atteint par la pleurésie, point où, après la résorption de l'épanchement, s'établissent les adhérences. Un fait assez singulier est que ces cavernes d'origine pleurétique occupent presque exclusivement la base gauche [1].

Etendue des lésions. — A côté de la question de localisation se place celle d'étendue. En général, on peut dire avec Bennett [2] que plus une phtisie est exactement localisée au sommet du poumon, plus son pronostic est bénin. La diffusion des lésions, si torpide, si lente, si bien supportée que semble l'affection, est toujours grave. Le poumon, pour emprunter la comparaison de Bennett, est alors comme une maison dont tous les étages brûlent à la fois. La situation est surtout grave quand il y a des lésions étendues des deux côtés. Tous ces faits sont évidents. A la forme torpide à lésions étendues de Bennett, grave malgré sa bénignité apparente, on doit cependant opposer une autre forme. Dans la

---

1. Jaccoud. — « Les cavernes de la base du poumon et leur diagnostic ». *Gaz. des Hôpitaux*, 1893, p. 993.

2. Bennett. — « Traitement de la phtisie pulmonaire ». Trad. franç. Paris, 1874, p. 142.

forme fibreuse, qui sera étudiée plus loin, les lésions sont souvent diffuses, la réaction générale et locale vives. Le pronostic reste pourtant relativement bon.

Forme bronchitique. — La bronchite constitue dans la tuberculose un élément presque constant. C'est seulement parce que l'attention est trop exclusivement détournée sur l'examen stéthoscopique des sommets que cet élément est souvent méconnu. Au début, la bronchite de la base correspondant au sommet primitivement atteint, bronchite symétrique qui manque rarement, peut avoir pour le diagnostic une importance réelle. Mais, au point de vue de la forme, ce qui constitue vraiment la forme bronchitique de la phtisie chronique, ce sont les poussées presque incessantes, parfois presque subintrantes, de bronchite aiguë qui surviennent chez certains tuberculeux.

Au lieu d'être, comme les signes de la bronchite symétrique du début, unilatéraux, circonscrits, fixes, les signes sont alors diffus, bilatéraux, mobiles. Ils contribuent souvent à tromper beaucoup sur l'étendue réelle des lésions. Au point de vue de l'évolution, tantôt chacune de ces bronchites de passage est le signal d'une

poussée tuberculeuse, et le pronostic est alors des plus graves; tantôt il semble que l'élément bronchitique finira par l'emporter sur l'élément tuberculeux. La maladie prend l'allure et les caractères d'une bronchite chronique avec poussées subaiguës. Aux signes stéthoscopiques antérieurs s'ajoutent souvent des signes d'emphysème et de dilatation des bronches. Mais, par contraste avec toutes ces lésions, l'état général est si peu touché que la recherche des bacilles est souvent indispensable pour affirmer la tuberculose. Certains malades finissent même par guérir de leur tuberculose, tout en conservant leurs lésions accessoires. D'autres succombent autant à la dyspnée qu'entraînent ces lésions qu'à leur tuberculose même. Leur mort peut rappeler plutôt celle d'un cardiaque que d'un tuberculeux.

Forme congestive. — La congestion pulmonaire est, comme la bronchite, un élément presque constant. Chez certains tuberculeux chaque bronchite aiguë s'accompagne de congestions étendues entraînant des accidents dyspnéiques intenses. La congestion, plus que la tuberculose elle-même, est la source des hémoptysies, « phénomène excentrique peu subor-

donné à l'évolution ou à la quantité des tubercules »[1]. Ces congestions hémoptoïques semblent surtout fréquentes chez les arthritiques. Les congestions associées à la bronchite, et qui ne sont pas rares chez les scrofuleux, semblent produire des accidents de dyspnée plutôt que de grandes hémoptysies. Dans un cas comme dans l'autre, l'élément congestif trompe souvent beaucoup pour l'appréciation de l'étendue des lésions. En dehors de ces cas à forme de catarrhe et hémorrhagipares[2], les congestions peuvent prendre aussi la forme pneumonique et même la forme asphyxique ou suffocante. Mais ces deux dernières formes appartiennent plutôt à l'histoire des phtisies aiguës.

Forme adénopathique. — Les lésions tuberculeuses des ganglions du médiastin peuvent prédominer sur les lésions du poumon. Les signes stéthoscopiques sont très notablement modifiés. Diverses complications s'ajoutent aux troubles fonctionnels ordinaires. Cette forme, plus spéciale à l'enfance, se voit encore dans l'adolescence et devient de plus en plus rare chez l'adulte.

---

1. Grancher. — *Loc. cit.*, p. 193 et 221.
2. Sée. — *Loc. cit.*, p. 273.

Les signes stéthoscopiques spéciaux, submatité sternale et interscapulaire, inspiration sifflante et souffle expiratoire, diminution du murmure vésiculaire, retentissement avec une sorte d'écho de la voix et de la toux, cornage trachéo-bronchique, cavernes ganglionnaires offrant, sauf leur siège, tous les symptômes des cavernes ordinaires, ne peuvent être que mentionnés. — Les troubles fonctionnels restent souvent peu marqués, mais quelques-uns, raucité de la voix et dyspnée par paralysie des récurrents, cornage paralytique, ralentissement du pouls ou palpitations par compression des pneumo-gastriques, toux coqueluchoïde, dysphagie, œdèmes et hémorrhagies par compression veineuse, peuvent prendre une grande importance.

Au point de vue de l'évolution, cette forme est la plus bénigne des tuberculoses pulmonaires de l'enfance. Il est fréquent de la voir évoluer lentement, silencieusement. Elle se termine souvent par la guérison, et ces cas seraient certainement plus fréquents encore si beaucoup d'adénopathies trachéobronchiques n'étaient méconnues en raison même de leur lenteur et de leur insidiosité d'évolution. La mort peut survenir par suite des troubles de compression qui ont été signalés plus haut, très rarement par

suite de la cachexie progressive. Le plus souvent elle est le résultat d'une poussée de tuberculose aiguë.

Formes pleurétiques. — Les lésions pleurales consécutives apparaissant au cours de l'évolution de la phtisie pulmonaire peuvent prendre deux formes différentes. La forme de pleurésie sèche limitée est extrêmement fréquente. Cette forme évolue en général par petites poussées peu bruyantes, apparaissant à assez long intervalle. Mais chaque poussée laisse après elle des adhérences. Autour de ces adhérences, même dans l'intervalle des poussées, un travail sourd se continue. Une symphyse pleuropariétale, souvent très étendue et qui peut même être double, finit avec le temps par se trouver constituée. Les lésions pleurales prennent alors d'autant plus d'importance qu'ordinairement elles sont survenues au cours d'une phtisie à marche lente, à tubercules fibreux peu confluents mais semés un peu partout.

Bien souvent aussi ces pleurésies secondaires s'accompagnent d'épanchements plus ou moins abondants. Ces pleurésies offrent ce caractère d'envahir successivement les deux côtés. Un côté, tantôt celui qui répond au poumon le

plus atteint, tantôt celui qui répond au poumon en apparence sain, est d'abord pris.

La pleurésie se résorbe. Cette résorption, comme l'a remarqué Louis, coïncide souvent avec une poussée tuberculeuse, avec l'apparition de foyers nombreux dans le poumon correspondant. Après un temps d'accalmie, la plèvre opposée se prend.

Ces pleurésies sèches ou exsudatives sont certainement une des causes, d'une part, de l'extrême variété individuelle des signes physiques, d'autre part, des variations d'allures dans le cours de la phtisie.

Forme emphysémateuse. — Si l'emphysème constitutionnel primitif crée, par la disparition des capillaires du poumon, un obstacle anatomique au développement des tubercules, il n'est pas moins certain que rien n'est plus fréquent que l'apparition de lésions d'emphysème au cours de la phtisie. Parfois même les râles sibilants de l'emphysème et surtout du catarrhe concomitant masquent entièrement des lésions même étendues du sommet. L'élément emphysémateux et l'élément catarrhal doivent être distingués au point de vue de l'influence sur la marche de la phtisie. Si l'élément catarrhal

domine, on doit craindre les complications de dilatation des bronches, de dyspnée, de dilatation du cœur droit, signalées déjà à propos de la forme bronchitique. Si l'emphysème existe sans trop de catarrhe et n'est pas par trop étendu, peut-être est-il susceptible de créer un obstacle utile à l'envahissement de la tuberculose en amenant l'atrophie des vaisseaux, l'usure par la dilatation des cloisons cellulaires qui serviraient à l'extension des tubercules, peut-être en augmentant le fonctionnement des lobes supérieurs du poumon. Mais n'interprète-t-on pas mieux les faits en disant que l'emphysème en lui-même a peu d'utilité, et que, s'observant surtout dans les phtisies scléreuses à marche lente, il constitue une présomption favorable. Ce n'est pas parce que l'emphysème s'est développé, c'est par suite de la tendance à la formation du tissu fibreux cicatriciel, qui a été une des causes de l'emphysème, que ces phtisies sont relativement bénignes.

La forme fibreuse. — La forme scléreuse ou fibreuse est une des plus intéressantes de la phtisie chronique. Dans les tuberculoses limitées terminées par la guérison, la prolifération fibreuse, malgré son extrême influence sur

l'évolution, ne se traduit en clinique que par des symptômes assez atténués.

La véritable forme fibreuse de la phtisie est la forme avec lésions de scléroses étendues. gagnant souvent des points assez éloignés des nodules tuberculeux. Non seulement le tissu pulmonaire est envahi, mais la plèvre elle-même est souvent prise. Presque toujours ces scléroses étendues se compliquent d'emphysème et de dilatation des bronches.

Cette forme fibreuse est rare chez l'enfant; elle s'observe particulièrement chez l'adulte et surtout chez le vieillard. Elle est le propre des phtisies à marche lente, phtisies des arthritiques et des sujets aisés. Cette forme est la règle dans les phtisies secondaires des asthmatiques et des emphysémateux. Elle est rare chez les malades de la classe pauvre, chez les scrofuleux, chez les phtisiques héréditaires. Le début est presque toujours insidieux. Il se fait par de la toux, des symptômes de bronchite chronique. La toux est assez fréquemment coqueluchoïde, l'expectoration est en général abondante d'emblée. Les hémoptysies sont souvent fréquentes, répétées, mais très peu abondantes. La dypsnée est précoce et d'ordinaire intense. A l'examen direct, on trouve des signes complexes et sou-

vent difficiles à classer de bronchite chronique, d'emphysème, d'induration pulmonaire. Mais, malgré l'intensité des troubles locaux, l'étendue des lésions locales, l'état général reste presque toujours satisfaisant. Pourtant les digestions peuvent être très troublées par les vomissements qu'entraînent les quintes de toux.

A la période d'état, la toux est souvent moins quinteuse, plus grasse qu'au début. L'expectoration reste très abondante. Les bacilles, si importants pour le diagnostic avec l'emphysème, avec la dilatation des bronches, sont ordinairement rares. Les crachats sont puriformes, ont souvent une odeur fétide. Les signes d'excavation peuvent exister non seulement au sommet, en général en arrière, mais au niveau des grosses bronches et même à la base. L'accident prédominant reste encore la dyspnée plus continue qu'à la première période, accompagnée souvent d'accidents d'asystolie commençante liée à la dilatation du cœur droit.

Malgré l'étendue et la multiplicité des lésions, ces malades peuvent finir par guérir. C'est qu'en effet l'état général est, chez eux, très peu touché. Mais, plus que d'autres, ils sont exposés à des rechutes ; plus que d'autres aussi, en raison des lésions qui fatalement persistent, ils restent,

suivant l'expression de Mooris, « des invalides du poumon ».

Quand ils succombent, c'est rarement par cachexie. Ils meurent après une longue maladie, après avoir eu en général plusieurs périodes de guérison temporaire, succombant aux progrès de la dyspnée; ils meurent comme des cardiaques et non comme des phtisiques. Ils peuvent être aussi emportés plus brusquement par une poussée aiguë de bronchite ou de congestion pulmonaire, par une broncho-pneumonie simple ou gangréneuse, par une poussée granulique de tuberculose qui envahit le poumon du côté sain ou presque sain, les parties encore indemnes du poumon malade.

La mort chez les phtisiques[1]. — La forme fibreuse, même dans les cas où elle se termine par la mort, garde jusqu'au bout son individualité. Quelques autres formes peuvent également se prolonger jusqu'à la fin. La fièvre est souvent très intense, fièvre hectique due maintenant à la résorption des produits infectieux.

Les hémoptysies sont parfois très abondantes, foudroyantes même à la période ultime, liées

1. Moussous. — « La mort chez les phtisiques ». *Thèse agrég.* Paris, 1886.

aux anévrysmes de Rasmussen. Mais il arrive un degré avancé où, suivant l'expression de Pidoux, « tous les malades se ressemblent et ne diffèrent plus que par la somme plus ou moins prononcée de la résistance individuelle ». Sans doute, même à cette période, les malades condamnés ont encore bien des façons différentes de lutter et de réagir jusqu'au bout, bien des façons différentes de mourir. Le plus grand nombre succombent aux progrès de la consomption. L'épisode final est parfois une thrombose ou une embolie de l'artère pulmonaire, parfois une attaque de purpura secondaire. Les lésions du rein jouent souvent aussi un rôle dans cette consomption de la période ultime.

D'autres succombent à des accidents locaux thoraciques à marche aiguë : congestions étendues, poussées granuliques, hémoptysies foudroyantes, gangrène ou abcès du poumon, pneumothorax, emphysème généralisé, pleurésie. Chez d'autres aussi, ces accidents locaux ont cette évolution lente avec ce retentissement sur le cœur droit qui a été décrit à propos des formes scléreuses et emphysémateuses. Chez un troisième groupe de malades ce sont les lésions de tuberculose étendues à d'autres organes que le poumon qui dominent la scène finale. Ils

meurent de leurs lésions laryngées, péritonéales, méningées, vésicales, plutôt que de leurs lésions pulmonaires.

Les tuberculoses extrapulmonaires. — Cette importance clinique prépondérante que peuvent prendre, à n'importe quelle période de la maladie, les lésions extrapulmonaires soulève une question difficile. Ne devrait-on pas décrire ces formes à localisations éloignées : forme laryngée, forme abdominale, forme cérébrale, forme génito-urinaire, de la phtisie ?

Cliniquement, il serait certainement possible de rattacher à la phtisie pulmonaire toutes les manifestations imaginables de la tuberculose. Chez tout phtisique où l'on constate une différence de rapport entre l'altération de l'état général et le degré des lésions pulmonaires[1], c'est même une loi formelle de rechercher ces manifestations éloignées. Mais elles ont, même en ce qui concerne la phtisie laryngée, une évolution tellement spéciale, des symptômes et des accidents si tranchés, qu'on ne peut vraiment englober leur étude dans celle des formes de la phtisie pulmonaire. Il suffit de rappeler les rela-

1. Jaccoud. — « Cliniques de la Pitié ». Paris, 1887, p. 328.

tions étroites et les associations fréquentes de ces diverses manifestations d'un même mal.

Toutes les phtisies n'offrent pas, fort heureusement, cette évolution fatalement progressive et cette longue série de complications. A toutes les périodes, l'évolution de la tuberculose peut s'enrayer. Simple guérison relative, en général, par transformation fibreuse des foyers de tuberculose. Dans quelques cas où le travail réparateur est intervenu d'une façon très précoce, guérison qui peut même sembler absolue avec absence de toute lésion locale appréciable. Hélas! il faut bien l'avouer, dans un cas comme dans l'autre, la guérison ne constitue encore qu'une forme morbide : la forme d'arrêt de la phtisie pulmonaire, forme stationnaire pourrait-on la nommer mieux encore, pour rappeler le nom que Charcot donnait au tubercule fibreux. Cet arrêt pourra être indéfiniment prolongé. M. Jaccoud[1] cite un cas de guérison relative maintenue après huit ans; Bennett, cite plusieurs cas, dont le sien personnel, maintenus après dix et quinze ans. Dans un fait signalé par Peter[2] la guérison a duré cinquante ans, et on pourrait

---

1. « Curabilité de la phtisie », p. 166.
2. Peter. — *Gaz. des hôpitaux*, 1893, p. 99.

rapporter bien d'autres exemples. Mais « cette persistance exige une sollicitude médicale incessamment en éveil ». « L'individu qui a été tuberculeux à un dégré notable ne sera jamais qu'un être chétif et invalide. Sa santé fragile ne lui permettra jamais que la vie mesurée, réglée et pleine d'angoisses d'un convalescent sujet à rechutes. » En 1866, H. Lebert[1] avait dressé à Breslau la liste d'un assez grand nombre de tuberculeux soignés par lui et dont la guérison semblait complète. En 1874, huit ans plus tard, les deux tiers de ces phtisiques guéris avaient succombé soit à une poussée aiguë, soit à une rechute à marche lente et progressive.

Ces retours offensifs étaient survenus tantôt sous l'influence d'une grossesse, tantôt, et assez fréquemment, sous celle du trouble apporté par une maladie nouvelle, la syphilis en particulier, tantôt sans cause appréciable. L'histoire des phtisies aiguës montre à chaque pas le danger permanent des vieilles lésions en apparence guéries. Pour avoir des chances de succès durables, le traitement de la tuberculose doit donc être précoce. Il doit être longtemps prolongé.

---

1. *Loc. cit.*, p. 156.

III. Les formes de la phtisie pulmonaire aigue.

Les phtisies aiguës en général. — La phtisie aiguë évolue tantôt par lésions massives étendues, mais à localisation assez exacte, tantôt par lésions disséminées. Au premier mode d'évolution appartiennent la phtisie galopante, avec ses destructions ulcéreuses rapides du tissu pulmonaire, la pneumonie caséeuse, la splénopneumonie tuberculeuse, qui englobent rapidement des blocs entiers, parfois même la totalité du poumon. Au deuxième mode d'évolution appartiennent la forme catarrhale avec ses lésions de bronchite, de bronchite capillaire, ses noyaux épars de bronchopneumonie, la forme suffocante où il semble que l'asphyxie n'attende pas les lésions, la forme pleurale où, à côté de la localisation prédominante sur la plèvre, les granulations tuberculeuses se disséminent de tout côté sur le poumon, et souvent le péritoine ou les méninges. Bien plus, la dissémination des lésions peut être telle qu'aucun organe ne réagit en particulier : ce sont les formes infectieuses ne rentrant que par leur

pathogénie dans le cadre des phtisies pulmonaires rappelant cliniquement la fièvre typhoïde dans les formes graves, l'embarras gastrique ou quelque autre pyrexie atténuée dans les formes plus insidieuses.

Entre ces formes si variées, il serait superflu de rechercher quelques traits de ressemblance permettant de les comparer dans un résumé commun. Tout au plus doit-on insister sur l'état général, toujours remarquablement touché, même dans les formes les plus localisées en apparence. Il faut signaler aussi la tendance aux rémissions trompeuses, à la marche par poussées successives; ces rémissions plus ou moins complètes manquent rarement, même dans les cas les plus rapidement mortels. La gravité de la phtisie aiguë est telle que Bennett a résumé d'un mot l'histoire de ce mal incurable qu'il dédaigne d'étudier. Ce n'est pour lui qu'une manière de mourir. On verra que, dans certaines formes en particulier, quelques guérisons exceptionnelles rendent le pronostic un peu moins désespéré. Un point important est enfin l'origine de ces poussées tuberculeuses aiguës. Pour les formes granuliques, elles sont bien rarement primitives. Les formes massives elles-mêmes semblent souvent le

résultat d'une exaltation subite dans la virulence de quelque foyer pulmonaire préexistant. Cette exaltation survient sous l'influence d'une bronchite, d'une rougeole, d'une coqueluche chez l'enfant, d'un refroidissement chez le vieillard. Chez l'adulte, ces formes aiguës se voient surtout après la grossesse et l'allaitement. Dans les cas mêmes où l'infection tuberculeuse semble primitivement aiguë, les causes occasionnelles d'exaltation de la virulence font assez rarement défaut. Quant aux formes granuliques, elles semblent presque invariablement le résultat d'une infection brusque partant d'un foyer caséeux ancien pulmonaire ou extra-pulmonaire. Quelquefois, c'est à la suite d'une intervention chirurgicale, parfois c'est sous l'influence des causes occasionnelles déjà signalées, parfois même c'est sans cause apparente que se fait cette infection. Quand on le cherche bien à l'autopsie, ce foyer caséeux, comme l'a montré Buhl, fait rarement défaut. Il peut occuper des sièges très variables : poumon, cerveau, os, articulations, testicule, etc. Quand il peut être reconnu pendant la vie, on conçoit son importance pour le diagnostic. Son action pathogénique : infection directe ou préparation du terrain par la résorption des

toxines, comme le feraient supposer les expériences de MM. Straus et Gamaleia, a donné lieu à de longues discussions. Elles ne sauraient, malgré leur intérêt, être reproduites ici.

La phtisie galopante. — « La phtisie galopante, écrit Peter, est la phtisie chronique raccourcie, condensée, la phtisie chronique moins la durée. Les cavernes se creusent avec rapidité. De même les sueurs nocturnes, la diarrhée apparaissent dès le début, et la colliquation générale ne tarde pas. Le malade est phtisique d'emblée. Parfois le temps manque au marasme et le malade meurt sans avoir sensiblement dépéri ». On peut aussi résumer d'un mot ce tableau clinique, en disant avec Grancher et Hutinel[1] que la phtisie galopante brûle les étapes.

Ordinairement, le début rappelle celui d'un catarrhe bronchique aigu avec frissonnements, fièvre, toux sèche et fréquente, expectoration spumeuse et blanchâtre, douleurs thoraciques. Un seul signe en dehors des antécédents contribue à faire suspecter la gravité du mal : c'est l'amaigrissement rapidement progressif. Une

1. Grancher et Hutinel. — Art. Phtisie, du dict. Dechambre, p. 696.

quinzaine suffit en général pour qu'il n'y ait plus à garder d'illusion. Peu à peu les râles se condensent au sommet du poumon. Ils deviennent crépitants, puis cavernuleux. Les hémoptysies sont rares, mais l'expectoration devenue mucopurulente renferme des particules bourbillonneuses opaques où l'on trouve de nombreux bacilles. Parfois une rémission semble se produire. Mais ces rémissions sont courtes, incomplètes. La température un moment abaissée s'élève de nouveau. « La maladie [1] procède par poussées en quelque sorte subintrantes ». Le malade meurt au bout de deux à cinq mois. Il succombe dans le marasme le plus complet, présentant fréquemment des complications de muguet, de phlegmatia alba dolens. Parfois aussi il meurt avec du délire et des accidents typhiques. Mais, entre cette forme qui dure six mois à peine et les formes chroniques, on trouve naturellement tous les intermédiaires. Souvent aussi, au lieu d'être primitive et de se développer en pleine santé, la phtisie galopante est secondaire et se greffe sur une phtisie chronique préexistante. Parfois, c'est sous l'influence très nette d'un refroidissement, du

---

1. Hérard, Cornil et Hanot. — *Loc. cit.*, p. 457.

surmenage, d'une grossesse, que se fait cette transformation.

La transformation inverse est-elle possible? La phtisie galopante peut-elle passer à la forme chronique? Les esquisses d'arrêt, à peine dessinées entre les poussées, peuvent-elles se prononcer, aboutir à des rémissions durables? Tout est possible en clinique; mais cette transformation heureuse reste bien exceptionnelle. Peut-être sa rareté est-elle un peu moins absolue dans les poussées greffées sur un état chronique que dans les poussées primitives.

La pneumonie caséeuse. — La pneumonie caséeuse apparaît assez fréquemment au cours d'une phtisie chronique. Souvent aussi elle semble accidentelle, mais il est assez rare qu'elle débute sur un terrain absolument sain. Le plus souvent, le terrain a été préparé par « la misère, le surmenage[1], l'alcoolisme, les dépressions morales prolongées, le diabète, l'azoturie et la phosphaturie. De toutes ces causes le surmenage est peut-être la plus efficace ».

Dans quelques cas, et ce début est plus fréquemment observé dans la clientèle de la ville,

1. Grancher. — *Loc. cit.*, p. 268.

la pneumonie tuberculeuse débute par des accès de fièvre pseudo-intermittente, qui précèdent de plusieurs jours l'apparition du moindre symptôme local (Gaucher). Quelques cas plus rares se caractérisent, ainsi que l'a montré Jaccoud, par l'absence de toute acuité fébrile dans les périodes initiales de la maladie. De la fatigue, du malaise, des douleurs vagues, de la toux, sont les seuls symptômes, alors que l'examen local montre des lésions d'infiltration compacte et homogène plus ou moins étendues. La phtisie pneumonique s'est lentement et presque silencieusement produite. Mais bien souvent la pneumonie caséeuse a, pendant les premiers jours, tous les symptômes de la pneumonie franche. En général pourtant, le début est moins solennel, moins aigu, moins soudain, le point de côté manque, bien que la dyspnée soit intense. Les hémoptysies, si rares dans la pneumonie franche, sont assez fréquentes dans la pneumonie caséeuse ; les crachats sont muqueux, mucopurulents, mêlés de sang mais non rouillés. L'évolution de la fièvre est moins régulière. Bien que plus torpide, la maladie entraîne un dépérissement plus rapide. Elle est particulièrement cachectisante. Quant aux signes locaux, bien que, dès le début. les râles soient moins

fins, l'apparition du souffle moins rapide que dans la pneumonie franche, c'est surtout après quelques semaines qu'ils deviennent caractéristiques. A cette période de ramollissement, les râles cavernuleux purs, le souffle cavitaire et homogène se substituent aux signes d'infiltration compacte. L'état général, qui parfois a tant bien que mal résisté jusque-là, semble souvent, en ce moment où un pneumonique franc devrait entrer en convalescence, s'écrouler tout à coup. Puis la cachexie se prononce, la mort survient parfois après quelques semaines au milieu d'accidents typhiques ou dyspnéiques. Parfois elle est un peu plus lente, et la fin dans le marasme, en même temps que les lésions locales parvenues à la période ulcéreuse, rappelle le tableau clinique de la phtisie galopante.

Mais, à côté de cette forme aiguë tuant avant ou après l'ulcération du poumon, il faut décrire avec Jaccoud [1] « une forme lente qui, après une période d'acuité plus ou moins longue, prend une marche chronique par laquelle elle se confond avec la phtisie commune ». Théoriquement, en se rappelant la forme à début ulcéreux sans fièvre, signalée plus haut, on pourrait même

1. Jaccoud. — « Curabilité de la phtisie », p. 274.

admettre une pneumonie caséeuse chronique d'un bout à l'autre de son évolution. Mais cette éventualité doit être bien rare, car presque toujours, après la période insidieuse, survient une poussée aiguë ou subaiguë Fait important, bien mis en relief par Grancher, ces pneumonies caséeuses, ayant franchi la dangereuse période d'acuité, parvenues à la période chronique, constituent une forme de tuberculose plus favorable que la phtisie commune. Le ramollissement peut être plus facilement circonscrit, la tuberculisation plus exactement localisée; le traitement, à condition d'être entrepris de très bonne heure, plus efficace que jamais.

La splénopneumonie tuberculeuse. — La splénopneumonie tuberculeuse débute comme une pneumonie franche atténuée. Elle commence le plus souvent par le lobe inférieur, parfois par le sommet. Elle a toujours une grande tendance à s'étendre de proche en proche, mais cette extension se fait assez lentement. Les symptômes sthétoscopiques peuvent simuler la pleurésie. En effet, le souffle est souvent doux, un peu aigre. La bronchophonie devient de la bronchoœgophonie; les vibrations vocales, ordinairement accrues, sont quelquefois dimi-

nuées. La splénopneumonie peut être une manifestation primitive de la tuberculose ou survenir, au contraire, chez des phtisiques plus ou moins anciens. Elle s'accompagne souvent de poussées de bronchite, d'accès de suffocation, d'hémoptysie. Malgré l'étendue de la splénisation qui envahit souvent tout un poumon, le pronostic est relativement favorable. Les lésions sont, en effet, unilatérales. Elles finissent souvent, après deux ou trois mois, par se limiter au-delà de tout espoir. Le danger est dans les poussées successives de la splénisation. La fièvre persistante, les poussées fébriles, ont toujours une signification des plus fâcheuses. La mort survient, soit lentement par consomption, soit à l'occasion d'une hémoptysie, d'une attaque plus intense de dyspnée entraînée par une poussée aiguë. La durée, même dans les formes défavorables à poussées répétées, est, en général, un peu plus longue que dans la pneumonie caséeuse.

Forme catarrhale. — Au lieu de lésions massives, la phtisie aiguë peut n'entraîner que des lésions diffuses de bronchite, de bronchite capillaire, de bronchopneumonie. C'est la forme bronchopulmonaire de Dreyfus-Brisac et

Bruhl[1], la forme catarrhale d'Empis, de Leudet, de Jaccoud. L'élément inflammatoire prédomine sur l'élément tuberculeux. La forme bronchitique s'observe plus particulièrement chez l'adulte, la forme bronchopneumonique chez l'enfant.

Le début se fait rarement sur un terrain tout à fait irréprochable. Chez un convalescent de grippe, de rougeole, de coqueluche, chez un surmené, chez un malingre, souvent chez un sujet déjà phtisique, apparaît, après quelques jours de malaise vague, à l'occasion d'une fatigue, d'un refroidissement, un rhume qui, d'emblée, s'accompagne de fièvre, d'oppression, de toux pénible, d'une hypéresthésie cutanée singulière. Peu à peu, la fièvre augmente, la toux et la dyspnée deviennent de plus en plus pénibles, les crachats sont striés de sang. L'amaigrissement, la faiblesse étonnent particulièrement. A l'auscultation, on ne trouve, parfois, que des râles de bronchite, mais d'une bronchite à prédominance souvent unilatérale, parfois exclusivement unilatérale au début. Dans d'autres cas, c'est le bruit de tempête de la bron-

1. Dreyfus-Brisac et Bruhl. — « Phtisie aiguë ». Paris, 1892, p. 59.

chite capillaire. Presque toujours, chez l'enfant, on rencontre les îlots mobiles de submatité, de râles sous-crépitants, de respiration soufflante ou rude, liés aux foyers de bronchopneumonie. En ce cas, il existe, en général, soit quelques zones de pleurésie sèche, soit même un épanchement presque toujours d'abondance médiocre, unilatéral ou bilatéral.

La fièvre est irrégulière. Elle présente des oscillations, des rémissions qui parfois ne coïncident pas avec une rémission parallèle des accidents locaux. Dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, observés surtout chez des vieillards, des cachectiques, il n'y a, d'un bout à l'autre de la maladie, que peu ou pas de fièvre. Parfois aussi surviennent des rémissions réelles, des temps d'arrêt portant aussi bien sur les lésions bronchopulmonaires que sur l'hyperthermie. Chez les enfants, et surtout chez ceux qui ont eu antérieurement des lésions scrofuleuses, ces accalmies peuvent être durables et la marche redevenir chronique. Mais ces cas favorables sont malheureusement bien peu nombreux. En général, après ces périodes d'arrêt trompeuses et courtes, la maladie reprend son cours. Souvent même, elle évolue d'un seul élan. En quelques semaines, le malade succombe, em-

porté par des accidents de dyspnée, d'adynamie, parfois d'asystolie ou d'hémoptysie foudroyante. Souvent aussi des localisations péritonéales ou méningées viennent ajouter leurs symptômes aux symptômes thoraciques.

Forme suffocante. — La forme suffocante, l'asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves, est intéressante surtout quand, au lieu de survenir comme complication d'une phtisie chronique ou d'une autre forme de phtisie aiguë, elle débute brusquement, en pleine santé apparente. Chez un enfant ayant rarement moins de deux ans, et rarement plus de cinq, chez un jeune soldat de vingt à vingt-cinq ans, surmené, mal nourri, exposé à des contagions tuberculeuses, apparaît brusquement une dyspnée intense. D'autres fois, c'est après quelques jours ou quelques semaines de fièvre, et surtout d'une sensation de fatigue extraordinaire, qu'apparaît la dyspnée. Le malade étouffe, et pourtant il tousse à peine, ne crache pas, les symptômes locaux sont à peu près négatifs. Tantôt la dyspnée est continue. Elle peut tuer en quelques jours, en deux jours même, comme dans une observation de Dieulafoy. Tantôt elle offre des rémissions plus ou moins longues, suivies de

poussées nouvelles, mais la durée de la maladie dépasse rarement deux mois. Entre les formes suffocantes, sans symptômes locaux, et les formes dyspnéiques, accompagnées d'accidents de bronchite capillaire et de bronchopneumonie, on trouve naturellement tous les types intermédiaires. Les formes sans symptômes locaux sont de beaucoup les plus inexorables. Le malade, en effet, « n'est pas moins exténué par la cachexie et le marasme que par la suffocation ». Il meurt asphyxiant, et cependant sa figure est amaigrie, pâle et blême. La guérison, le passage à la forme chronique, sont absolument exceptionnels.

Forme pleurale. — Dans toutes les formes de phtisie aiguë les lésions pleurales s'associent plus ou moins aux lésions pulmonaires. Dans certaines d'entre elles les lésions pleurales peuvent même l'emporter et prédominer dans le tableau clinique. Parfois même elles peuvent exister seules au début. Des nuances un peu artificielles permettent seules de séparer ces pthisies pleurales des pleurésies tuberculeuses déjà décrites à propos des formes chroniques ; ces nuances sont l'élément infectieux, l'amaigrissement, la cachexie, la marche plus rapide.

Mais, plus qu'aucune autre, la forme pleurale de la phtisie aiguë se confond par degrés successifs avec la forme chronique. Plus qu'aucune autre aussi elle est susceptible de présenter le passage de l'état aigu à l'état subaigu et chronique. Son pronostic reste donc un peu moins sombre, un peu moins fatal. Même dans les cas mortels, presque toujours le danger vient des lésions pulmonaires masquées par la pleurésie, des généralisations péritonéales ou méningitiques, plutôt que de la pleurésie même.

Tout est paradoxal dans l'histoire des phtisies pleurales aiguës. Des pleurésies bruyantes, avec épanchement énorme guérissent parfois très bien : elles étaient plus congestives que tuberculeuses. Des foyers limités de pleurésie sèche sont brusquement compliqués de pleurésies exsudatives bilatérales, de poussées granuliques qui criblent le parenchyme pulmonaire, qui envahissent le péritoine ou les méninges. Certains malades respirent assez bien avec des épanchements énormes. D'autres étouffent de plus en plus, à mesure que l'épanchement disparaît. Souvent aussi la résorption de l'épanchement est le signal d'une poussée granulique pulmonaire et coexiste avec une recrudescence de la fièvre.

Parfois la thoracentèse a paru nettement indiquée par l'intensité de la suffocation et l'abondance du liquide. Elle est faite avec toutes les précautions possibles. Quelques heures après, sans que le liquide se soit reproduit, le malade étouffe beaucoup plus qu'avant l'évacuation.

Si l'on essaye de dégager quelques traits dominants, voici, avec bien des réserves, ce qu'on peut dire d'une part pour l'épanchement, de l'autre pour l'état général : 1° épanchement d'ordinaire peu abondant d'emblée, mais ayant une tendance remarquable à l'extension progressive. Cette extension est entrecoupée d'alternances d'augmentation et de diminution extrêmement capricieuses. Rarement, la quantité de liquide devient énorme, mais très fréquemment l'épanchement est bilatéral. Le liquide est quelquefois hémorrhagique ; 2° état général qui fait souvent penser à la pleurésie purulente avec cet amaigrissement, cette fatigue, si souvent signalés déjà, état général qui s'aggrave à mesure que les lésions locales s'atténuent, qui « précède [1], accompagne et suit les manifestations locales du côté du thorax ». La mort subite est assez fréquente par suite de

1. Empis. — « De la granulie ». Paris, 1865, p. 170.

l'asthénie cardiaque, même avec des épanchements peu abondants. Parfois la maladie peut sembler rétrograder. L'épanchement peut même complètement disparaître. Mais il persiste en général, comme dans les pleurésies tuberculeuses, des adhérences pleurales et souvent des lésions pulmonaires étendues.

Formes infectieuses. — Dans d'autres formes de tuberculoses aiguës, les lésions pulmonaires restent en quelque sorte dans l'ombre, obscurcies par l'intensité des accidents généraux. Ceux-ci rappellent tantôt la fièvre typhoïde (granulie proprement dite, typhobacillose de Landouzy), tantôt quelque maladie infectieuse plus bénigne (forme latente de Leudet, forme gastrique de Waller et d'Empis, forme à type de fièvre saisonnière de Mairet, forme d'embarras gastrique ou de fièvre synoque d'Hanot, tuberculose infectieuse à forme atténuée de Grancher et Hutinel, tuberculose miliaire aiguë à forme de pyrexie atténuée de Dreyfus-Brissac et Bruhl). Cette longue synonymie suffit à faire pressentir la diversité des aspects cliniques.

Typhobacillose. — La typhobacillose, à la

période de début, ne diffère de la fièvre typhoïde ordinaire que par une élévation de la température plus irrégulière, moins graduellement progressive, une tendance précoce à l'amaigrissement, souvent une légère dyspnée. A la période d'état, l'adynamie, survenue un peu plus tardivement, reste un peu moins complète que dans la fièvre typhoïde. La céphalée est moins vive, mais il existe souvent une hyperesthésie généralisée ou partielle de la peau, et la photophobie est en général très marquée. Sauf le cas de complication méningée, les troubles ataxiques, délire violent, carphologie, soubresauts des tendons, sont rares. Du côté du thorax, le symptôme frappant est une accélération des mouvements respiratoires, une dyspnée hors de proportion avec les signes sthétoscopiques qui se réduisent à quelques sibilances, quelques poussées de râles crépitants fins ou qui même manquent absolument. Comme symptômes abdominaux, la constipation est plus fréquente que la diarrhée, les vomissements font rarement défaut et sont souvent en ce cas répétés ; le météorisme est rare, l'hypertrophie de la rate est précoce mais peu accusée, les taches lenticulaires rosées s'observent quelquefois dans la granulie ; les épistaxis, les hémorrhagies intes-

tinales mêmes sont assez fréquentes. L'élément différentiel le plus important est fourni par la courbe thermique. Celle-ci atteint rapidement son maximum; ce maximum reste moins élevé qu'il ne le serait dans une dothiénentérie avec état général aussi grave. Il ne dépasse guère 40 degrés. La courbe présente des oscillations capricieuses considérables. L'hyperthermie, bien que peu marquée, offre une résistance spéciale aux agents antipyrétiques, exception faite peut-être pour l'antipyrine. Le pouls est plus fréquent que dans la fièvre typhoïde; il atteint et dépasse souvent le chiffre de 120 pulsations.

Comme dans toutes les phtisies aiguës, la marche de la maladie, au lieu d'être progressive et continue, offre des rémissions et des poussées. Parfois même on observe une guérison relative et la transformation en forme chronique. Dans un cas même Jaccoud[1] a vu une guérison complète. « Il est certain, écrit Potain[2], que des malades ayant un commencement de tuberculose granuleuse peuvent voir leur maladie s'arrêter quelquefois définitivement, d'autres fois pour un temps plus ou moins long ». Malgré ces

1. Jaccoud. — « Curabilité de la phtisie pulmonaire », p. 292.
2. Potain. — *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 42.

exceptions favorables, l'incurabilité reste la règle. Bien rarement, la maladie, une fois confirmée, se prolonge plus d'un mois. La mort survient soit par cachexie, soit par accident dyspnéique, parfois à la suite d'une hémoptysie foudroyante ; souvent aussi elle est entraînée par une poussée méningitique.

Forme gastrique atténuée. — La forme atténuée de la tuberculose infectieuse offre une symptomatologie bien banale et bien flottante. On songe tour à tour à l'embarras gastrique, à la grippe, à la fièvre intermittente, à une fièvre typhoïde légère, à un simple surmenage. Ce qui prédomine, en général, c'est l'embarras gastrique, la fatigue, l'amaigrissement. Puis, brusquement, souvent par une sorte de coup de théâtre, la maladie se transforme : elle prend les caractères de la forme typhoïde ou de la forme catarrhale, parfois de la forme suffocante, assez souvent même de la phtisie galopante. Le malade succombe en quelques jours. Parfois, c'est à une période de rémission et de rétablissement apparent qu'éclate cette transformation. Parfois même, la mort survient subitement chez un malade qui semble à peine atteint d'un malaise léger ou en pleine convalescence. La transfor-

mation en forme chronique est aussi particulièrement fréquente dans cette forme atténuée. Plus que dans aucune autre, il semble même que les rémissions puissent être quelquefois durables.

Formes rares de la phtisie aiguë. — Il serait facile de décrire bien d'autres formes de phtisie aiguë. L'influence grippale de ces dernières années vient fréquemment donner la note dans le tableau clinique. Marfan a pu décrire une tuberculose pseudogrippale assez souvent curable, malgré son début aigu. L'association des lésions de la plèvre et du péritoine constitue la forme pleuropéritonéale de Fernet, en général, subaiguë, évoluant souvent vers la chronicité, la transformation ulcérocaséeuse et même la transformation fibreuse des lésions pulmonaires. Damaschino a signalé la forme péritonéale avec granulie de la séreuse, sans péritonite proprement dite. Laveran, dans un cas, a observé une granulie pseudo-articulaire. Mathieu [1], dans un autre cas, a vu prédominer des accidents d'ictère grave. La prédominance des lésions méningées, dès le début, a pu conduire à créer des formes céré-

1. Mathieu. — *Archives de médecine*, Juin 1882, p. 725.

brales ou apoplectiques. On trouve, en un mot, cette infinie variété d'aspect clinique et de réactions individuelles qu'offrent les infections brusques et intenses. Mais il est impossible d'insister sur ces diverses formes, qui s'éloignent de plus en plus de la phtisie pulmonaire.

IV. Les influences individuellles et les formes de la phtisie pulmonaire.

Les influences individuelles exercent sur la marche de la phtisie une influence prépondérante. C'est cette influence qui, au fond, domine l'évolution anatomique. En 1868, Béhier disait : « La cause véritable de cette altération (pulmonaire) et des désordres qui en sont la conséquence est toute entière dans la disposition de l'économie, disposition que nous ne voyons sûrement que par ses effets. Tout est dans le terrain et dans ses propriétés ». Malgré la découverte de l'origine bacillaire de la tuberculose, la phrase de Béhier est restée vraie. Cliniquement vraie aussi est restée cette autre phrase qu'il prononçait dans le même discours : « Il faut une disposition particulière de l'économie,

pour que les diverses circonstances étiologiques déterminent la formation de tubercules ». C'est en raison de cette disposition particulière que l'on échappe ou que l'on succombe à la contagion presque journalière du bacille tuberculeux. C'est en raison d'elle que, la contagion une fois effectuée, la phtisie évolue sous telle ou telle forme.

C'est uniquement en se fondant sur ces influences individuelles qu'on a pu décrire des phtisies héréditaires, innées, accidentelles, qu'on a pu, en faisant intervenir l'âge, séparer les phtisies de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du vieillard. En tenant compte de diverses associations morbides, on a pu constituer les phtisies arthritiques, scrofuleuses, alcooliques, diabétiques, syphilitiques, hystériques, les phtisies compliquées de pneumoconioses ou survenant chez des cardiaques. Toutes ces variétés, malgré leur intérêt clinique, constituent-elles de véritables formes ? Leurs caractères sont souvent bien flottants, bien incertains. Fondées sur l'observation clinique seule, ces variétés sont, suivant l'expression de Pidoux, remplies comme elles de doutes et de peut-être. Cependant, leur importance pratique est telle, qu'il est impossible de ne pas en donner une brève descrip-

tion. Cette description aura d'ailleurs l'avantage de rapprocher souvent les formes chroniques ou aiguës, déjà précédemment décrites, et semblant peut-être, dans cette description, trop rigoureusement distinctes.

Phtisies héréditaires. — L'hérédité imprime, dans bien des cas, à la phtisie un cachet de gravité telle que cette influence étiologique lointaine mérite de constituer une forme spéciale. Les phtisies héréditaires sont les phtisies de l'enfance, de l'adolescence. Elles ont souvent une marche rapide, prenant le caractère de la bronchopneumonie tuberculeuse, de la phtisie galopante. La moins mauvaise des formes aiguës, la pneumonie caséeuse, est rare. Dans d'autres cas, plus lents comme évolution, la gravité de l'état général est, de bonne heure, disproportionnée, ainsi que l'a remarqué Pidoux[1], avec la bénignité relative des lésions locales. Ces phtisies pardonnent rarement : *Phtisis hereditaria omnium pessima*, disait Boerhaave. « La disposition vicieuse de l'organisme est, en effet, à son maximum de puis-

---

1. Pidoux. — « Traité de la phtisie », p. 350.

sance[1]. Cette puissance toute spéciale de la diathèse héréditaire est d'autant plus forte, d'autant plus envahissante, que les ascendants et les collatéraux ont été frappés en plus grand nombre, et, lorsque les deux générateurs sont simultanément atteints au moment de la conception du produit, l'activité de la disposition originelle est véritablement indomptable ». Parfois on voit, suivant la remarque de Monneret, la gravité augmenter de génération en génération et le pronostic devenir de plus en plus sombre. Il semble même, ainsi que l'a montré Landouzy, que l'athrepsie vienne souvent se joindre aux manifestations tuberculeuses plus directes pour décimer de bonne heure ces malheureuses familles. Peut-être ce tableau semblera-t-il un peu noir, sans doute; il est même chez les phtisiques héréditaires des formes plus atténuées, plus maniables. Mais il était indispensable de bien mettre en relief l'extrême gravité ordinaire, pour faire comprendre toute l'importance du traitement préventif, seul vraiment efficace dans ce cas particulier.

Phtisies innées. — L'innéité joue peut-être

1. Jaccoud. — « Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire ». Paris, 1881, p. 34.

dans la production et dans la marche de la phtisie un rôle plus important encore que l'hérédité. Schmidt, sur 100 phtisiques, en trouve 18 nés de parents valétudinaires, 34 nés de parents constamment malades, 24 nés de phtisiques avérés. « La tuberculose, écrit Jaccoud[1], est l'aboutissant commun de toutes les détériorations constitutionnelles de familles et d'individus ». Syphilis, diabète cachectique, alcoolisme, mauvaises conditions hygiéniques des parents, consanguinité, etc., etc., rentrent dans ces détériorations ». C'est parmi ces fils de déchus, de cachectiques[2], de vieux, de diathésiques, qu'il faut chercher les « candidats nés de la tuberculose parmi lesquels il y aura presque autant d'élus que d'appelés..... » Comme évolution, ces phtisies innées se rapprochent des phtisies héréditaires. La forme granuleuse est cependant moins constante. La forme à mauvais état général prédominant sur les lésions locales, signalée par Pidoux, est particulièrement fréquente.

Phtisies accidentelles. — Peut-on, ainsi que l'a fait Pidoux, opposer à la phtisie hérédi-

1. Jaccoud. — « Curabilité de la phtisie », p. 36.
2. Landouzy. — *Loc. cit.*, p. 685.

taire et à la phtisie innée une forme purement accidentelle ? Dans cette forme, les malades ont créé par les privations, par l'alimentation insuffisante, par le manque d'air, bref par l'inanitiation sous toutes ses formes, la prédisposition qui leur manquait en naissant. Ces phtisies acquises sont souvent graves d'emblée. Pidoux [1] a remarquablement décrit ces phlegmasies destructives, ces phtisies inflammatoires avec fonte rapide des tissus, qui frappent les campagnards transplantés à Paris. Bennett a remarqué de son côté la gravité de certaines phtisies développées, sans cause apparente, dans des conditions hygiéniques et sociales très favorables. Peut-être aujourd'hui pourrait-on parler, dans certains cas, d'une évolution plus brutale du bacille sur un terrain vierge non défendu par l'accoutumance. Mais. en général, ces phtisies, quand elles peuvent être convenablement soignées, sont particulièrement favorables au point de vue thérapeutique. C'est pour elles surtout que l'hygiène peut transformer les périodes naturelles d'arrêt en guérisons définitives.

Influence des conditions sociales. — En

---

1. Pidoux. — *Loc. cit.*, p. 147.

dehors des conditions précédentes, il n'est pas une différence de position sociale qui n'exerce son influence sur l'évolution de la phtisie. Bennett, Pidoux, Jaccoud, ont justement opposé la phtisie des pauvres et la phtisie des riches. Bennett[1] fait même intervenir dans le pronostic l'élément de la vigueur morale. Pour lui, les gens faibles de caractère, les imbéciles d'esprit, n'ont pas de chance de guérison. Ils ne sauraient s'astreindre à ce traitement prolongé, soutenu sans fatigue et sans découragement, qui est la condition du succès. En dehors de cette possibilité morale, il faut insister avec Jaccoud[2] sur la possibilité matérielle du traitement si complexe, si difficile à concilier avec les exigences ordinaires de la vie. Un malade ayant les moyens de se soigner pourra finir par triompher d'une forme grave de la tuberculose. Réduit aux conditions de la pratique hospitalière actuelle, il sera condamné d'avance, même avec une forme relativement bénigne.

« Ce milieu spécial, écrit Jaccoud, est le plus défavorable de tous ; l'idée même de curabilité y est fatalement abandonnée comme un rêve chi-

---

1. Bennet. — « Traitement de la phtisie pulmonaire ». Paris, 1874, p. 155.
2. Jaccoud. — « Curabilité de la phtisie », p. 7 et 8.

mérique. » On pourrait décrire une phtisie de l'hôpital, aggravée par le manque d'air, l'alimentation peu convenable, les contagions répétées, une phtisie des casernes où l'air vicié, l'inanition, le surmenage, la contagion, se réunissent pour donner des formes suraiguës et souvent épidémiques. On pourrait ensuite leur opposer une phtisie réellement traitée, dès le début, par la cure d'air et la suralimentation. Ces distinctions sans doute artificielles restent vraies, en raison de l'importance des conditions hygiéniques sur la marche de la tuberculose.

Influence du sexe. — L'influence spéciale du sexe, au point de vue des formes de la tuberculose, offre surtout à signaler la fréquence des formes à début chloroanémique chez les jeunes filles, le rôle des grossesses répétées et de la lactation dans la production de la tuberculose. Il arrive assez souvent qu'une grossesse semble au début avoir sur l'évolution d'une tuberculose préexistante une influence plutôt favorable. « Pendant les premiers mois, la phtisie, suivant le mot de Pidoux[1], semble enrayée et muette ». Vers la fin de la grossesse, les lésions reprennent

1. Pidoux. — *Loc. cit.*, p. 320.

souvent leur activité. Les derniers jours de la grossesse et l'accouchement sont le signal d'une rémission nouvelle, rémission ordinairement courte, après laquelle le mal prend une marche rapide et décidément fatale. Par contre, dans les tuberculoses ayant succédé à des grossesses répétées, on voit parfois, d'après Peter[1], quand la femme cesse d'être mère et nourrice, une transformation favorable d'une forme à début grave. A cette forme succède une phtisie apyrétique à longue période de rémission, la moins redoutable de toutes. La phtisie s'atténue dès que les conditions qui l'ont favorisée ont cessé.

Influence de l'âge. Phtisies de l'enfance. — La tuberculose est aujourd'hui reconnue comme très fréquente dans la première enfance. Nombre de bronchopneumonies, nombre de cas d'athrepsie peut-être, doivent être regardés comme tuberculeux.

Aviragnet[2] résume, de la façon suivante, les principales formes de la tuberculose chez l'enfant :

1° Tuberculoses généralisées, comprenant l'in-

---

1. Peter. — « Cliniques », Vol. I, 1875, p. 286.
2. E.-C. Aviragnet. — « De la tuberculose chez les enfants ». *Thèse*, Paris, 1892.

fection tuberculeuse généralisée ou aiguë, la fièvre continue tuberculeuse ou typho-bacillose, parfois guérissable, la tuberculose généralisée aiguë granulique, la tuberculose généralisée subaiguë et même chronique ;

2° Tuberculoses localisées aiguës, comprenant la pneumonie caséeuse et la broncho-pneumonie, tuberculose aiguë ou subaiguë ;

3° Tuberculoses localisées chroniques, comprenant les tuberculoses des poumons, des ganglions bronchiques, du tube digestif, du foie, des méninges. Dans la tuberculose chronique du poumon, les congestions non tuberculeuses du parenchyme, les lésions ganglionnaires, jouent un rôle particulièrement important.

Les formes les plus spéciales à l'enfance sont la forme suraiguë, évoluant assez souvent en forme suffocante, la forme généralisée chronique et surtout la phtisie adénopathique. Quelle que soit la forme, ce qui domine, chez l'enfant, c'est la tendance à la généralisation, aux lésions multiples. La fréquence de la mort par méningite tuberculeuse, même au cours des formes chroniques, est également remarquable. Mais ce qui domine aussi, même dans les formes les plus mauvaises, c'est la tendance à des guérisons absolument inespérées. Les surprises favorables,

dans les phtisies aiguës, sont infiniment plus fréquentes que chez l'adulte. Dans les formes chroniques, des lésions pulmonaires très étendues arrivent parfois à se limiter, à se réparer pour ainsi dire. La congestion non tuberculeuse du parenchyme doit être invoquée en grande partie pour comprendre ces séparations extraordinaires.

Phtisie de l'adolescence. — Rare dans la seconde enfance, la phtisie redevient fréquente dans l'adolescence. Son pronostic à cet âge est particulièrement défavorable. Ces phtisies de l'adolescence sont souvent héréditaires. Elles sont souvent fébriles, même dans la forme chronique. Il semble fréquemment aussi que, suivant la remarque de Pidoux, l'organisme ne peut suffire à lutter contre la tuberculose, en même temps que se fait le travail de croissance si considérable chez l'adolescent. Aussi le pronostic serait-il encore plus sombre chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons, l'établissement de la menstruation venant encore augmenter chez elles ce travail de la croissance.

Phtisies de l'âge adulte. — Dans l'âge adulte l'évolution n'offre rien de bien spécial.

Mais, vers la quarantaine, les phtisies bénignes prédomineraient, d'après Peter. Ce sont des phtisies acquises à marche lente, « les moins diathésiques de toutes ». D'après les tableaux de Wurzburg, la fréquence serait cependant notablement plus grande que de vingt-cinq à trente ans. Cet âge donne 36,73 au lieu de 41,12 pour 1000 sujets de trente à quarante ans.

Phtisies de la vieillesse. — La phtisie, à mesure que l'âge avance, augmente singulièrement de fréquence : 67,94 de cinquante à soixante ans, 93,78 de soixante à soixante-dix ans. Elle diminue un peu après cet âge et tombe à 61,72 pour 1000. Les formes qui s'observent surtout sont, d'une part la phtisie caverneuse, d'autre part la phtisie scléreuse avec complications cardiaques prédominantes. Plus que les autres, ces formes séniles semblent sujettes à de brusques poussées, après de longs temps d'arrêt. Les formes aiguës sont loin d'être exceptionnelles, surtout en ce qui concerne la pneumonie caséeuse. La forme granuleuse est beaucoup plus rare.

Dans l'extrême vieillesse, Bennett[1] a décrit une

---

1. Bennett. — *Loc. cit.*, p. 148.

forme particulière, caractérisée par des accidents insidieux de bronchite chronique et surtout un amaigrissement extrême, transformant les malades en « momies vivantes ». Peter [1], par allusion à l'absence de sécrétion, a nommé phtisie sèche cette phtisie sans sueurs, sans diarrhée et presque sans expectoration, où le corps se momifie sans déperdition extérieure apparente. Parfois, cette évolution ultime de la tuberculose se fait chez des malades qui ont eu une première poussée bien des années — trente-neuf ans dans un cas de Peter — auparavant.

Au point de vue du diagnostic, la phtisie du vieillard offre toujours des difficultés spéciales, d'une part, en raison de son insidiosité fréquente, d'autre part en raison de l'existence, à cet âge, de pneumonies chroniques scléreuses et même ulcéreuses [2], qui, surtout avant la découverte du bacille de Koch, étaient très facilement confondues avec la phtisie.

Phtisie des arthritiques. — La phtisie arthritique, qu'il vaut mieux nommer phtisie développée chez les arthritiques, a donné lieu à

---

1. Peter. — « Cliniques », Vol. I, Paris 1895, p. 497.
2. Ollivier, Debove. — *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd.*, 1884, p. 74 et 80.

des discussions sans nombre. Cliniquement, il est certain que les phtisies fibroïdes s'observent surtout « chez ces scléreux, arthritiques, alcooliques, saturnins, qui, imprégnés d'une sorte de diathèse scléreuse, font tout à la sclérose ». Il est permis d'opposer la phtisie fibroïde des arthritiques[1] à la phtisie caséiforme des scrofuleux. C'est une phtisie des classes riches « que les pauvres, écrit Pidoux, n'ont pas le moyen de se procurer ». Elle débute généralement à un âge plus avancé que les autres formes. La marche se caractérise par sa lenteur d'une part, et, d'autre part, par des poussées congestives séparées en général par des intervalles éloignés. Les hémoptysies sont fréquentes et abondantes. C'est, malgré les hémoptysies, la forme la plus bénigne de la phtisie pulmonaire. Ce sont, on le voit, presque tous les caractères de la forme fibreuse, et celle-ci se confond souvent avec les phtisies arthritiques. La difficulté d'établir et de démontrer ce que c'est que l'arthritisme, d'en donner les caractères précis, telle est surtout la principale objection, objection déjà faite par Béhier[2], qui rend toujours contes-

---

1. Latil. — « Étude sur la phtisie pulmonaire chez les arthritiques ». Paris, 1879.
2. Béhier. — *Loc. cit.*, p. 51.

tables les phtisies arthritiques. Cette objection s'applique avec plus de force encore aux phtisies herpétiques. L'herpétisme, a dit Chauffard, est la plus variable, la plus incertaine et la moins achevée des diathèses. Nul produit ne lui est essentiel, nulle manifestation extérieure, même celle qui a la peau pour siège, ne lui appartient en propre. Dans quelques cas rares, où la cessation de manifestations cutanées habituelles est suivie du développement des premiers accidents pulmonaires, au bout d'un temps à peu près égal à celui qui séparait ordinairement les poussées cutanées, on peut pourtant parler de phtisie herpétique. Peut-être même peut-il en résulter quelques indications spéciales pour le traitement par l'arsenic et la révulsion.

Phtisies des scrofuleux. — La scrofule est aujourd'hui rayée du cadre nosologique. Et cependant, il est certain que les malades, présentant des lésions scrofuleuses antérieures ou actuelles font souvent une phtisie spéciale. « Tout hantés que soient les strumeux par le tubercule, ils n'en sont et restent pas moins scrofuleux [1] ». La phtisie chez eux est souvent

---

1. Landouzy. — *Loc. cit.*, p. 685

remarquable par son évolution torpide, insidieuse et lente. Pidoux avait bien insisté sur ce silence spécial du poumon, quand d'autres organes sont atteints. L'état général n'est point en rapport avec les lésions souvent profondes et étendues. Les hémoptysies sont rares et peu abondantes. L'expectoration, au contraire, est énorme, surtout à la deuxième période. La durée peut être très longue, les rémissions sont fréquentes; la guérison et les trêves définitives semblent rares.

Mais les scrofuleux n'échappent pas toujours à la phtisie aiguë. On pourrait même dire que la plupart des phtisies aiguës surviennent chez des sujets présentant quelque ancien foyer scrofuleux. Parmi les formes de la phtisie aiguë, il en est une, la pneumonie caséeuse, qui s'observe plus particulièrement chez les strumeux. Mais ces pneumonies caséeuses des strumeux gardent, au moins dans leurs premières poussées, quelque chose de la bénignité ordinaire des phtisies scrofuleuses.

Marfan[1] a non seulement admis la bénignité de la phtisie scrofuleuse, mais il va jusqu'à

---

1. Marfan. — « Traité de médecine ». Charcot-Bouchard. Vol. IV, 1892, p. 602 et 606.

croire que la scrofule n'est nullement une cause prédisposante à la phtisie. Au contraire, des écrouelles infantiles bien guéries, complètement cicatrisées, conféreraient une sorte d'immunité. Il n'est pas impossible d'admettre qu'un organisme qui a triomphé d'une première infection tuberculeuse puisse présenter à l'égard d'une infection nouvelle une résistance spéciale. Mais il ne faut pas s'exagérer cette résistance.

Phtisies des alcooliques. — La phtisie alcoolique est-elle fréquente ou est-elle rare? est-elle plus lente ou plus rapide, plus bénigne ou plus maligne que les phtisies ordinaires? Les opinions les plus contradictoires ont été émises à cet égard. Ce qui peut donner quelque poids à l'opinion des partisans de la bénignité, c'est que l'alcoolisme avéré est surtout une affection de l'âge adulte, qui s'observe chez des sujets robustes. Ne devient pas alcoolique qui veut! C'est aussi, ainsi que l'avait fait observer Pidoux [1], que l'alcoolisme existe fréquemment chez des sujets aisés, bien nourris, ayant eu l'habitude de la bonne chère, de la vie large, en même temps que celle de l'alcool. Mais l'alcoo-

---

1. PIDOUX. — *Loc. cit.*, p. 176.

lisme qui fait alliance avec la misère, l'alcoolisme par les mauvais alcools, l'alcoolisme des sujets jeunes, commun aujourd'hui, aggrave au contraire le pronostic de la tuberculose. Les formes aiguës sont fréquentes. La forme hémoptoïque à étapes éloignées s'observe aussi assez souvent dans les phtisies alcooliques. C'est surtout, ainsi que l'avait déjà noté Bennett[1], s'il existe des lésions de l'estomac, du foie, des reins, que le pronostic est grave et que la mort, sinon la marche même des lésions pulmonaires, est rapide. Walsh[2] insiste de son côté sur la fréquence et la gravité de la phtisie des cabaretiers. Mais, dans cette phtisie, la sédentarité, le froid humide, viennent souvent ajouter leur influence à celle de l'alcool.

Phtisies des diabétiques. — La phtisie est fréquente chez les diabétiques, mais c'est surtout une complication des périodes ultimes survenant chez les diabétiques amaigris, cachectiques. Malgré sa lenteur relative, elle est dans le diabète maigre une des principales causes de mort. Elle est beaucoup plus rare dans le diabète gras.

---

1. Bennett. — *Loc. cit.*, p. 155.
2. Walsh. — « Maladies du poumon ». Traduction de Fonssecquier. Paris, 1880, p. 557.

Pidoux[1] a cependant décrit une forme trompeuse, souvent latente, profondément destructive, malgré l'absence de réaction locale ou générale et même de signes sthétoscopiques. Les sueurs, les hémoptysies sont très rares; souvent même, le développement de la phtisie s'accompagne d'une diminution de la soif, de la boulimie, de la polyurie, quelquefois de la glycosurie. La situation du malade semble donc plutôt s'améliorer. Mais l'expectoration qui manque rarement doit donner l'éveil. L'affaiblissement, l'amaigrissement confirment bientôt les soupçons. Avant l'apparition de ces signes, le microscope permettrait aujourd'hui la confirmation du diagnostic par l'examen de l'expectoration. La forme aiguë est plus rare qu'on ne l'a dit chez les diabétiques. Elle se complique parfois de gangrène du poumon.

Phtisies syphilitiques. — La syphilis, par la débilitation générale qu'elle entraîne, peut conduire indirectement à la tuberculose. Elle peut aggraver une tuberculose existante. Elle serait même, d'après Lebert, une cause fréquente de réveil dans des phtisies en apparence guéries.

---

1. Pidoux. — *Loc. cit.*, p. 317.

Au point de vue des formes, ce qui est plus important, c'est l'existence d'une pseudo-phtisie syphilitique simulant en tout la phtisie commune ; c'est aussi l'association possible de la tuberculose et de la syphilis. La pseudo-phtisie syphilitique peut présenter tous les signes locaux et généraux de la phtisie tuberculeuse. Un malade de Fournier[1], parvenu à la période de cachexie, ne fut sauvé que grâce à l'apparition d'un phagédénisme tertiaire du pied qui fit soupçonner la spécificité des lésions pulmonaires.

Ces pseudo-phtisies peuvent, en effet, guérir par le traitement spécifique, « même à l'état d'infiltrations étendues en voie de ramollissement ou après formation de cavernes, même compliquées de troubles généraux graves ». On conçoit donc l'importance de leur diagnostic.

Potain indique quelques signes spéciaux à la syphilis pulmonaire[2]. « La matité est nette, bien limitée, bien tranchée. Si, en même temps qu'elle occupe la partie moyenne, elle respecte le sommet, c'est un fait de la plus haute importance. La dyspnée, en raison de la sclérose, est souvent disproportionnée aux lésions. Il y a moins de

---

1. *Bulletin Académie de médecine* et *Gaz. des Hôpitaux*, 1878, p. 1078.
2. Potain. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1893, p. 1376,

fluxion périphérique que dans la tuberculose. Il n'y a pas, en particulier, d'hyperthermie locale. Les hémoptysies sont plus rares, elles sont peu abondantes. La fièvre est ordinairement modérée. L'état général peut rester bon, malgré de vastes lésions locales ».

Assez souvent aussi, la syphilis s'associe à la tuberculose. En général, c'est la syphilis qui ouvre la scène morbide et prépare le terrain. La lésion tuberculeuse se greffe sur la lésion syphilitique. Aussi, malgré la constatation des bacilles, Potain conseille-t-il d'essayer, si on a des raisons suffisantes de soupçonner la syphilis, le traitement spécifique.

Phtisie chez les hystériques. — L'hystérie peut-elle modifier l'évolution de la phtisie? D'après Leudet[1], la tuberculose pulmonaire offre une longue durée chez les hystériques. Les rémissions sont plus longues que chez les malades non hystériques. Les phtisies rapides sont exceptionnelles. Dès le début ou dès la première période de la tuberculose, on voit ordinairement céder les accidents convulsifs de l'hystérie. Ces faits de phtisies pulmonaires atténuées par l'hys-

1. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1877, p. 559.

térie semblent devenus aujourd'hui beaucoup plus rares. La découverte du bacille de Koch, la connaissance plus complète des hémoptysies et des congestions pulmonaires localisées, d'origine hystérique, les a rendus bien exceptionnels.

Phtisies et pneumoconioses. — L'association des pneumoconioses et de la tuberculose est fréquente. Chaque pneumoconiose[1] offre, en quelque sorte, deux formes : une forme tuberculeuse vraie, une forme pseudotuberculeuse. Les tuberculoses associées aux pneumoconioses ont une marche un peu spéciale. D'après G. Paté, qui les a étudiées particulièrement chez les porcelainiers de Limoges, elles débutent souvent par une poussée aiguë. Mais cette poussée est presque toujours suivie ensuite de rémission. La marche devient remarquable par la lenteur de son évolution, la tendance à la forme fibreuse. La guérison finale, par sclérose, est fréquente. M. Lancereaux croit que l'alcoolisme joue un rôle important dans l'évolution des pneumoconioses tuberculeuses. Les tailleurs de meule de la Ferté-sous-Jouarre meurent vite phtisiques s'ils sont alcooliques; ils résistent s'ils sont

1. Cornil, Proust. — Académie de médecine, séance du 21 Novembre 1893.

sobres. La fréquence des lésions prédominantes de la base dans ces phtisies a été déjà signalée.

Phtisies et affections cardiaques. — La discussion des rapports de la phtisie et des affections cardiaques est extrêmement complexe. En général, on peut dire, avec Landouzy, que « le terrain cardiaque est impropre à la tuberculose ». Walsh[1] pourtant estime que la phtisie et la cyanose, la phtisie et les affections cardiaques, avec stase veineuse, s'associent plus souvent qu'on ne le croit. Cette réserve faite, on doit cependant admettre que les cardiaques, peut-être parce qu'ils sont le plus souvent des arthritiques, peut-être et surtout en raison de l'antagonisme mécanique créé par la stase veineuse, deviennent rarement phtisiques.

Exception absolue doit être faite pour le rétrécissement de l'artère pulmonaire[2]. Par l'ischémie et l'hypotrophie du tissu pulmonaire qu'il entraîne, c'est une cause puissante de phtisies, parfois même de phtisies rapides. En général, il donne une phtisie « procédant par poussées successives de pneumonies caséeuses, superficielles et résolutives, d'abord, puis de

---

1. WALSH. — *Loc. cit.*, p. 563.
2. JACCOUD. — « Cliniques de la Pitié », 1887, p. 489.

plus en plus exsudatives, comme chez les scrofuleux. Ces phtisies sont toujours bilatérales. Malgré la série des épisodes subaigus[1], leur durée générale est longue. »

Discutée également a été l'influence du rétrécissement mitral pur. Il n'est pas très rare de voir la tuberculose survenir chez des malades atteintes de cette affection. Mais, dans la grande majorité des cas, l'évolution est discrète, limitée. Potain[2], dans plusieurs autopsies, a même trouvé les tubercules en voie d'involution et de cicatrisation. L'antagonisme n'est, en effet, dû qu'à l'hypérémie pulmonaire et à la stase sanguine. Au point de vue pathogénique, l'antagonisme n'existe pas.

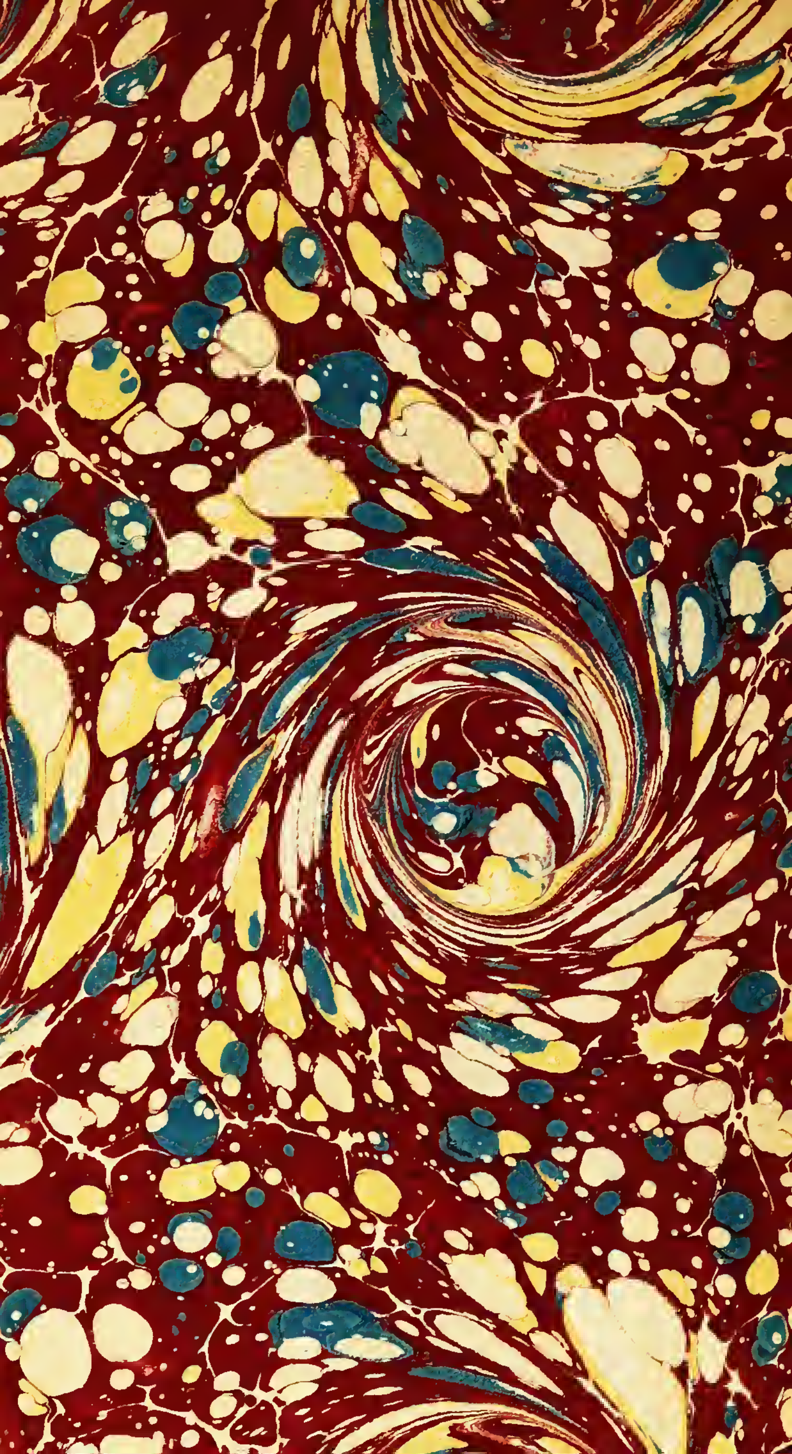
Les affections tricuspidiennes peuvent survenir au cours de la phtisie, surtout dans la forme fibreuse, et leur extrême importance a été déjà signalée. Pour Jaccoud[3], l'insuffisance tricuspide serait fréquente chez les phtisiques affectés de cavernes multiples ou étendues, qui échappent aux hémorrhagies tardives. Elle ne

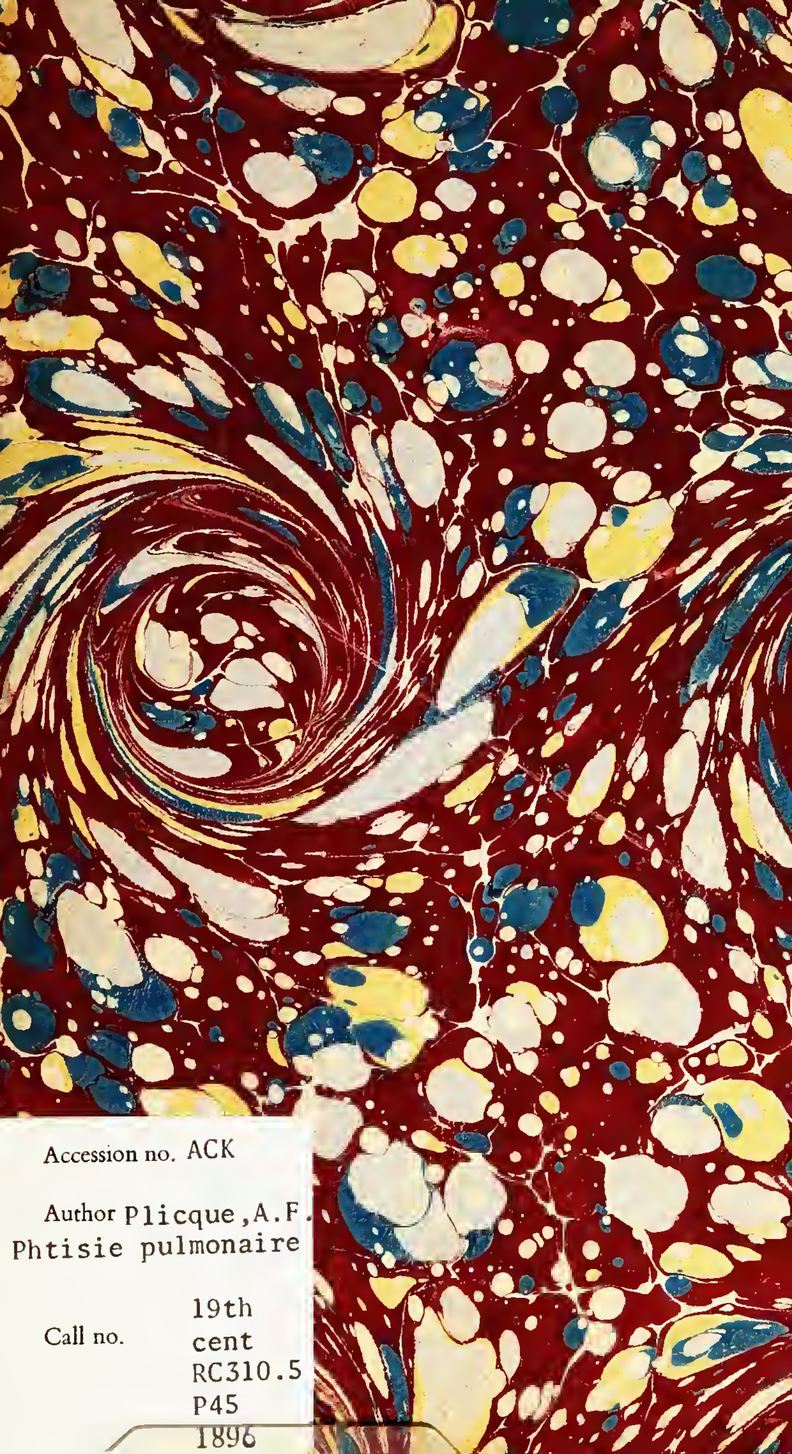
1. Constantin Paul. — « Traité des maladies du cœur ». Paris, 1883, p. 635.
2. Teissier. — *In* « Cliniques de M. Potain, à la Charité ». Paris, 1894, p. 967.
3. Jaccoud. — « Leçons de Lariboisière ». Paris, 1875, p. 348.

se traduit ordinairement que par du souffle, plus rarement par le souffle et le reflux veineux. Elle est souvent méconnue.

En résumé, les affections cardiaques peuvent être un obstacle au développement de la tuberculose (affections à stase veineuse), une condition favorable à ce développement (rétrécissement de l'artère pulmonaire), une complication des phtisies avancées (insuffisance tricuspide). Mais il ne faut pas exagérer le rôle de l'antagonisme mécanique. « Une lésion cardiaque, quelle qu'elle soit, constitue toujours, chez un tuberculeux, un élément de gravité de plus[1] (Teissier). »

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.





Accession no. ACK
Author Plicque, A.F.
Phtisie pulmonaire
Call no. 19th cent RC310.5 P45 1896

